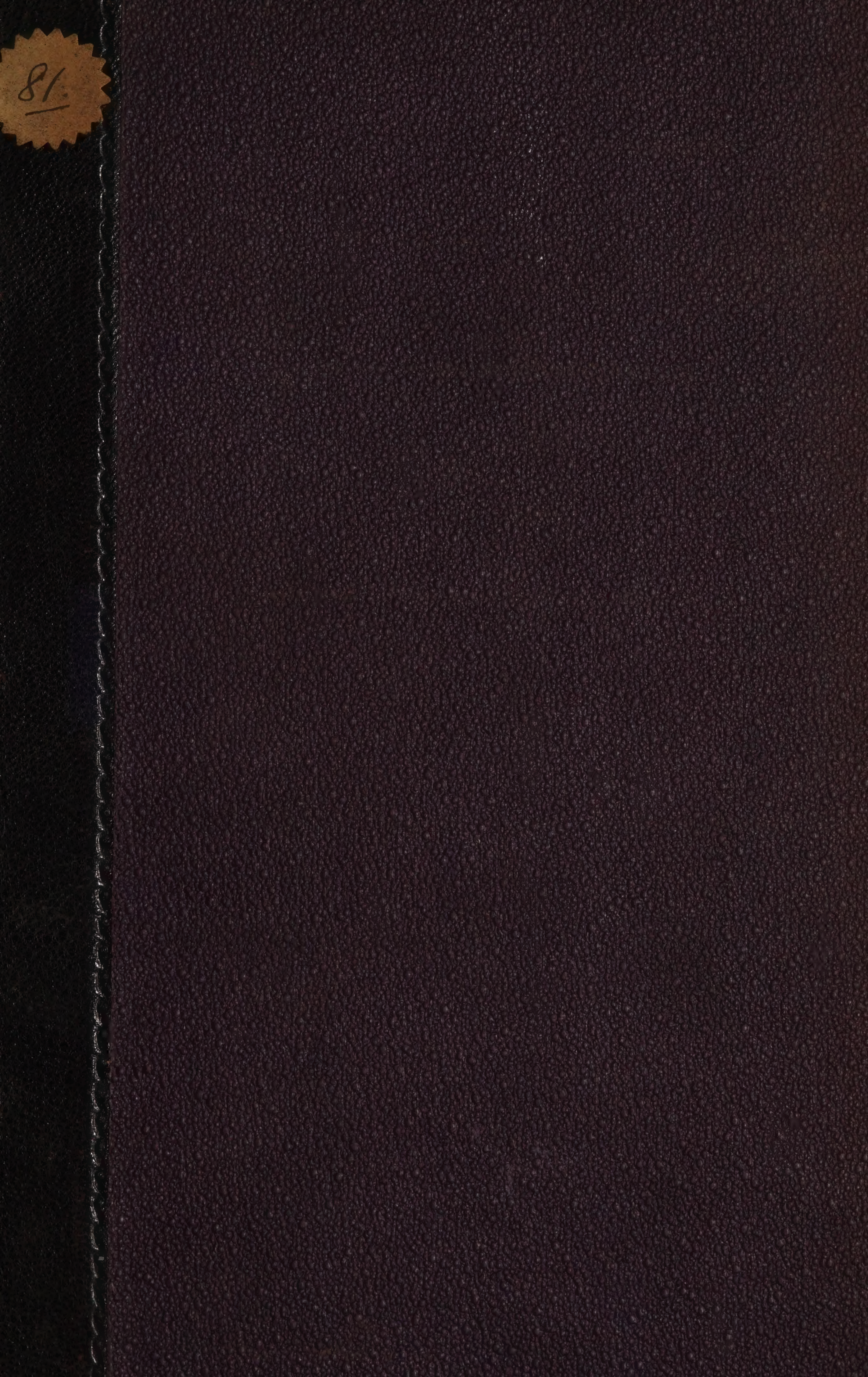
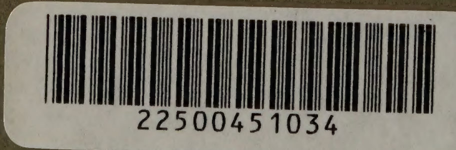

81.


22500451034



REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER



REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine.

VINGTIÈME ANNÉE

TOME XL

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1892



SOMMAIRE DU N° 1

TOME XL

ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

CHIMIE MÉDICALE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

THÉRAPEUTIQUE.

HYGIÈNE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

MALADIES DES ENFANTS.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OPHTALMOLOGIE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

SOMMAIRE DU N° 2

TOME XL

ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

CHIMIE MÉDICALE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

THÉRAPEUTIQUE.

HYGIÈNE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OPHTALMOLOGIE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

REVUE GÉNÉRALE.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Sur la structure de l'écorce cérébrale de quelques mammifères, par RAMON Y CAJAL (*La Cellule, VII*, 1).

Ces recherches, poursuivies à l'aide de la méthode de Golgi perfectionnée par l'auteur, ont porté sur des cerveaux de petits mammifères, fœtus ou nouveau-nés, qui possèdent la même structure fondamentale que le cerveau humain. Parmi les nombreux faits du plus haut intérêt mis en lumière, il convient de signaler les suivants. La première couche cérébrale (la plus superficielle) renferme des éléments nerveux spéciaux caractérisés principalement en ce qu'ils présentent plus d'un cylindre-axe. Dans cette couche viennent se terminer : 1° des cylindres-axes provenant des cellules siégeant dans son épaisseur ; 2° des cylindres-axes des cellules profondes de l'écorce ; 3° des fibrilles collatérales venant des tubes de la substance blanche. Les cylindres-axes des grandes cellules pyramidales et des éléments globuleux de la 4e couche constituent, dans certaines régions du cerveau, les fibres de projection (voies pyramidales et fibres de la couronne rayonnante) ; dans quelques autres régions, ils se continuent avec des fibres d'association.

Les fibres du corps calleux sont, soit des collatérales des fibres d'association et de projection, soit des cylindres-axes directs provenant des petites cellules de l'écorce. Il n'est pas possible de distinguer, ni par leur siège, ni par leurs caractères morphologiques, les cellules dont le cylindre-axe constitue une fibre d'association, des éléments dont le prolongement fonctionnel devient soit fibre de projection, soit fibre commissurale.

Tous les cylindres-axes provenant d'éléments d'association et d'éléments calleux, ainsi que leurs collatérales, se terminent dans la substance grise, au moyen d'arborisations libres et intercellulaires. Les collatérales du cylindre-axe des pyramides se terminent par des extrémités variqueuses, non ramifiées.

La substance blanche du cerveau possède, comme celle de la moelle épinière, des fibrilles collatérales qui montent dans l'écorce et s'y terminent librement par des arborisations variqueuses. Il existe dans l'écorce des fibres nerveuses grosses ou moyennes venant de la substance grise. Les moyennes semblent être les terminaisons des fibres d'association. Quant aux plus épaisses, peut-être sont-elles des cylindres-axes venant du cervelet ou d'autres territoires nerveux éloignés.

Dans le cerveau comme dans la moelle, on rencontre des cylindres-axes se divisant en Y ou en T à leur arrivée dans la substance blanche.

Jamais, ni chez l'embryon ni chez l'adulte, il n'existe d'anastomoses entre les fibrilles nerveuses de la substance grise. La transmission des mouvements nerveux se ferait donc par contact.

L'écorce des animaux inférieurs se distingue de celle de l'homme en ce que ses cellules sont moins riches en expansions protoplasmiques; ses fibres en collatérales. Ce fait est vrai aussi lorsqu'on considère l'évolution ontogénétique du cerveau. De sorte que l'on peut affirmer que le cerveau humain doit en grande partie sa supériorité, non seulement au nombre de ses éléments, mais surtout à la richesse extraordinaire de ses moyens d'association (collatérales des cylindres-axes, ramifications protoplasmiques). A. NICOLAS.

Sur l'histologie de la glande pituitaire, par G. SAINT-REMY (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 28 mars 1892).

Les histologistes s'accordent à décrire, dans l'épithélium de l'hypophyse, deux sortes de cellules bien distinctes : les unes plus nombreuses, à protoplasme clair, et dites cellules principales; les autres, dites cellules chromatiques, à protoplasme réfringent, devenant foncé par l'acide osmique ou les matières colorantes. L'étude de ces parties chez les batraciens amène l'auteur à cette conclusion qu'il n'y a réellement ici qu'une seule sorte de cellules glandulaires et que les différentes formes qu'on rencontre ne sont que des aspects divers correspondant à des stades de l'évolution d'éléments identiques. M. DUVAL.

La structure des lobes optiques chez l'embryon de poulet, par A. van GEHUCHTEN (*La Cellule, VIII*, 1).

Les conclusions que van Gehuchten tire de ses observations sont d'ordre morphologique et d'ordre physiologique.

Au point de vue morphologique, on peut distinguer dans le lobe optique de l'embryon de poulet du 18e au 20e jour d'incubation trois couches : 1° *La couche des fibres rétiniennes* où viennent se terminer par des arborisations libres la plupart des fibres de la bandelette optique, en même temps que les ramifications terminales des prolongements protoplasmatiques périphériques de toutes les cellules nerveuses optiques de la couche moyenne. Entre ces arborisations rétiniennes et ces ramifications protoplasmiques, on trouve des cellules nerveuses à cylindre-axe descendant. Pour les unes le cylindre-axe est court et se termine dans les parties superficielles de la couche moyenne; pour les autres, le cylindre-axe est long et se continue quelquefois avec une fibre optique centrale de la couche interne. Outre les cellules de névroglie, on trouve dans cette couche des cellules volumineuses à direction horizontale dont

le prolongement cylindraxile a une destinée que l'auteur n'a pu déterminer.

2° *La couche des cellules nerveuses optiques*, formée essentiellement de cellules qui toutes envoient leur prolongement protoplasmatique entre les arborisations rétiniennes de la couche externe. Le prolongement nerveux des cellules à cylindre-axe long et celui des cellules à cylindre-axe court se rendent tantôt dans la couche externe (fibre optique périphérique) tantôt dans la couche interne (fibre optique centrale).

3° *La couche des fibres optiques centrales* est formée essentiellement de fibres nerveuses dont l'origine est double. Tantôt elles proviennent des cellules nerveuses optiques de la couche moyenne; tantôt elles ont une origine inconnue et viennent se terminer dans les deux couches externes.

Du fait que les fibres du nerf optique se terminent librement dans la couche externe du lobe se dégage une conclusion importante : le nerf optique n'a pas son origine dans le lobe optique, mais bien sa terminaison.

Au point de vue physiologique, les conclusions les plus intéressantes sont celles-ci : La transmission de l'ébranlement nerveux des fibres rétiniennes aux cellules nerveuses optiques ne se fait pas par continuité, mais par contact. Cette transmission se faisant entre les ramifications terminales du prolongement cylindraxile des cellules de la rétine et les ramifications protoplasmiques des cellules nerveuses optiques, il en résulte que ces ramifications protoplasmiques participent à la fonction de conduction. Les rapports qui existent entre les divers prolongements des éléments nerveux des lobes optiques semblent confirmer l'hypothèse que les prolongements protoplasmiques ont une conduction cellulipète et le prolongement cylindraxile une conduction cellulifuge.

L'impression amenée par une seule fibre du nerf optique peut être transmise aux centres optiques plus élevés soit par une, soit par plusieurs cellules optiques. Entre la rétine et les centres optiques supérieurs il existe une série ininterrompue d'éléments à prolongement nerveux central se transmettant l'un à l'autre l'excitation périphérique. Il y a en outre une autre série d'éléments à prolongement cylindraxile périphérique, transmettant l'ébranlement nerveux du centre à la périphérie. Entre la rétine et les centres optiques supérieurs, il existe donc une double voie, l'une centripète, l'autre centrifuge. A. NICOLAS.

Epîthelreste am Opticus und auf der Retina (Vestiges épithéliaux sur le nerf optique et la rétine), par A. UCKE (*Arch. f. mik. Anat., XXXVIII*, 1, *p.* 24).

L'auteur étudie sur des embryons de diverses espèces la transformation du pédicule de la vésicule oculaire en nerf optique. Il montre que, pendant une longue période, un revêtement épithélial subsiste sur la surface du nerf optique et aussi dans l'infundibulum de la papille. La formation des fibrilles nerveuses dans le pédicule oculaire débute sur sa face ventrale, non pas dans la couche épithéliale la plus externe qui confine au mésoderme, mais plus profondément dans le tissu du pédicule, de sorte qu'il reste une couche d'épithélium interposée entre les fibres nerveuses et le mésoderme. La formation des fibres progresse vers la face dorsale et latéralement, rétrécissant ainsi dans le même sens la cavité du pédicule. Il semble vraisemblable que le vestige de cette der-

nière est représentée chez l'adulte par l'espace lymphatique sous-pial injecté par Schwalbe. A. NICOLAS.

Les cellules nerveuses du sympathique chez quelques mammifères et chez l'homme, par A. van GEHUCHTEN (*La Cellule, VIII*, 1).

Les conclusions de ce travail sont les suivantes : Les éléments nerveux du sympathique sont comparables en tous points aux éléments du système nerveux cérébro-spinal. Comme ceux-ci, ils sont pourvus de deux espèces de prolongements : des prolongements courts, protoplasmatiques ou à conduction probablement cellulipète, et des prolongements longs, cylindraxiles ou à conduction cellulifuge. Les prolongements protoplasmatiques existent en nombre variable. Le plus souvent ils présentent une ou deux bifurcations avant de se terminer entre les cellules voisines. Quelquefois cependant, ils restent indivis. Ils se terminent toujours librement. La disposition en nid péricellulaire est accidentelle et n'a pas l'importance que Ramon y Cajal est tenté de lui attribuer. Chaque élément ne possède qu'un seul prolongement cylindraxile se continuant avec une fibre nerveuse. A. NICOLAS.

Étude anatomique sur les vaisseaux sanguins des nerfs, par QUÉNU et LEJARS (*Arch. de neurol. janvier* 1892).

Les nerfs superficiels sont tous accompagnés, sur toute leur longueur, d'une artériole, qui leur reste accolée, et qui se prolonge grâce à une série d'arcades. Ils forment ainsi les principales voies directrices du système artériel sous-cutané. Chaque tronc nerveux reçoit ses artères d'origines constantes, et il en résulte souvent des connexions physiologiques ou morbides de grande importance, par exemple pour le pneumogastrique et le sympathique au cou. Un tronc nerveux ne reçoit jamais toutes ses artères d'un seul tronc artériel : la multiplicité des voies d'apport prépare la multiplicité des suppléances. Toutes les conditions, qui, dans les centres nerveux, empêchent l'afflux direct et brusque du sang artériel, se retrouvent pour les nerfs, car les artères abordent toujours les nerfs obliquement et se divisent en rameaux très ténus avant de s'enrouler autour des fascicules nerveux.

Les veines des nerfs superficiels se jettent toutes dans les veines profondes ; quand elles communiquent avec les veines superficielles, ce n'est que par une anastomose de petit calibre et l'aboutissant profond n'en existe pas moins. Les veines des nerfs satellites d'un paquet artério-veineux se rendent, soit à la grosse veine voisine, soit au réseau des vasa vasorum qui entourent l'artère, soit aux collatérales musculaires près de leur embouchure. Mais elles ne se rendent jamais toutes à la grosse veine, et la plupart gagnent les veines musculaires. Les veines des plexus se rendent aux canaux collatéraux, qui ont une origine musculaire, comme au plexus brachial. Le mode d'émergence, de division intra-tronculaire des veines des nerfs est le même que celui des artères.

Il existe donc une série d'analogies entre la circulation des nerfs périphériques et celle des centres nerveux : en réalité, si l'on tient compte des différences de masse, de structure et d'activité, on retrouve, de part et d'autre, la même richesse vasculaire, les mêmes dispositions, les mêmes procédés de ramescence et de terminaison, destinés tous à pré-

server les éléments nerveux du choc de l'ondée artérielle ou de la stase du sang veineux dans les veines mêmes des muscles, sous l'influence de leurs contractions. (Voy. *R. S. M.*, XXXVII, 410.) DESCOURTIS.

De quelques particularités de structure des fibres nerveuses médullaires, par G. MARENGHI et L. VILLA (*Archives italiennes de biologie, XV, p.* 404, 1891, *et La Riforma medica, an. VII, vol. II, n°* 99).

La neuro-kératine est représentée dans quelques fibres nerveuses périphériques, outre la forme à entonnoir, par une forme à spirale continue. Il existe une gaine périaxile et une gaine périmyélitique. Il y a une connexion entre la gaine périaxile et les entonnoirs. La gaine de Schwann est probablement formée par des fibrilles courant le long des fibres. Les stries de Fromann sont dues à la coloration des anneaux neuro-kératiques, plutôt qu'elles ne sont l'expression d'une structure spéciale des cylindres-axes. Les formes à entonnoirs ne sont pas limitées aux seules incisures de Lantermann, mais elles s'étendent le long des segments cylindro-coniques. DASTRE.

Sur l'origine du nerf acoustique, par L. SALA (*Archives italiennes de biologie, XVI, p.* 196, 1891-1892, *et Monitore zoologico italiano, II,* 1891).

1° Le noyau de Deiters, le noyau postérieur ou dorsal, et le noyau de Bechterew ne sont pas des noyaux d'origine pour les fibres du nerf acoustique ; 2° le noyau antérieur ou vertical et le *tuberculum laterale* de Stieda sont au contraire les noyaux d'origine : le premier pour la portion interne de la racine postérieure : le second pour la portion postérieure de cette même racine ; 3° le noyau antérieur est composé de deux espèces de cellules se rattachant aux cellules centrales et aux cellules périphériques ; 4° ces dernières fournissent des fibres allant au *corpus trapezoides* et d'autres qui vont se joindre au réseau nerveux propre de l'olive ; 5° la racine postérieure a deux parties ; l'une postérieure (*striæ acusticæ*), née des cellules superficielles ou profondes du noyau antérieur : l'autre antérieure née du réseau nerveux de ce noyau ; 6° dans la racine antérieure passent des fibres du corps restiforme ; 7° la portion la plus périphérique du noyau antérieur peut être considérée comme un véritable ganglion périphérique analogue aux ganglions spinaux, propre à la racine antérieure et à la portion interne de la racine postérieure du nerf acoustique.

Comme conclusions plus générales : 1° les éléments nerveux des centres ne sont pas indépendants les uns des autres ; 2° une fibre nerveuse durant son parcours dans les centres peut servir à mettre en connexion deux ou plusieurs cellules nerveuses au moyen des prolongements fonctionnels de ces dernières qui s'implantent sur elle. DASTRE.

Die Schweissnerven-bahnen zwischen dem Nervus ischiadicus... (Trajet des nerfs sudoripares entre le sciatique et la périphérie chez le chat. Séparation partielle des nerfs sudoripares et moteurs, par Max LEVY (*Centralblatt für Physiologie, V, p.* 774, 27 *février* 1892).

Les nerfs sudoripares du sciatique suivent pour la plupart la voie du nerf tibial, puis celles des nerfs plantaires internes et externes ; le plus

petit nombre est contenu dans le péronier superficiel. Quelques fibres sudoripares semblent gagner la périphérie par une autre voie.

Le nerf plantaire interne se recommande particulièrement à l'expérimentateur; il ne contient pas de fibres motrices proprement dites, est riche en fibres sudoripares et est facile à isoler sur une certaine longueur.

Nous renvoyons à l'original pour les détails de la distribution de ces nerfs. LÉON FREDERICQ.

Ueber das Anatomische Verhalten der Nerven... (De la disposition anatomique des nerfs dans l'utérus et les ovaires humains), par HERFF (*Münch. med. Woch.*, n° 4, 1892).

Sur des pièces histologiques colorées au Congo, par la méthode d'Alt, l'auteur a obtenu les résultats suivants : les nerfs de l'utérus enveloppent de leur réseau les petits vaisseaux sanguins, comme ils le faisaient déjà pour les gros. La plus grande partie se distribue au muscle, ils forment d'abord des divisions dichotomiques rarement anastomosées, puis passent dans les interstices des faisceaux. De là des fibres encore plus fines se mettent en rapport avec les fibres cellules d'une façon spéciale. Ce filament terminal semble s'enfoncer dans le noyau du muscle ou tout au moins il le touche, et de cette façon il se met en rapport successivement avec plusieurs noyaux, jusqu'à ce qu'il se termine à l'un d'eux. Le nombre des cylindres-axes est en rapport avec la musculature de l'utérus; plus rares dans le col que dans le corps, ils sont plus développés dans la grossesse. Dans les trompes, les terminaisons nerveuses sont analogues.

Dans les ovaires, il existe tout d'abord un plexus dans la partie centrale, d'où partent des fibres très délicates, environnant les follicules. Ils sont surtout abondants chez les sujets jeunes. D'autres fibres se terminent en pointe entre les cellules épithéliales de la surface. Autour des follicules, les nerfs décrivent un trajet demi-circulaire ou circulaire, et se terminent dans l'épithélium multistratifié en pointe, au voisinage d'un noyau de cellule. C. LUZET.

Ueber den feineren Bau des gestreiften Muskelgewebe... (Structure du tissu musculaire strié étudiée au moyen de décalques obtenus sur collodion), par J. B. HAYCRAFT (*Zeitsch. f. Biologie, XXVIII, p.* 105, 1891).

La striation transversale des fibres striées n'est pas due à une alternance de plusieurs substances claires et obscures dont seraient formées les fibrilles; cette striation n'est que l'expression optique des varicosités présentées par les fibrilles. Celles-ci sont formées d'une substance homogène.

En appliquant les fibres musculaires sur du collodion non entièrement séché, on obtient des décalques, des moules en creux sur lesquels il est facile de constater la réalité des varicosités des fibrilles.

LÉON FREDERICQ.

Ueber Zellbrücken glatter Muskelfasern (Les ponts intercellulaires des fibres musculaires lisses), par BARFURTH (*Arch. f. mik. Anat., XXXVIII,* 1, *p.* 38).

Les observations de Barfurth portent sur la musculature de l'intestin du chat et de l'homme (S iliaque). Elles montrent qu'à la surface des fibres lisses s'élèvent des saillies basses longitudinales, véritables côtes, qui

par leur sommet viennent directement au contact du sommet des côtes des fibres voisines. Sur des coupes transversales l'aspect, on le comprend, est celui de ponts intercellulaires. Il s'en suit que ces reliefs circonscrivent des lacunes intercellulaires longitudinales dont l'ensemble constitue un système de canaux très ramifiés et communiquent tous entre eux. La substance cimentante entre les fibres musculaires est très réduite et tapisse, en une mince couche, les conduits intercellulaires. Il est probable que cette disposition a une grande importance physiologique et se trouve en rapport avec la circulation des sucs nutritifs. A. NICOLAS.

Contribution à l'étude de la sphère attractive, par O. van der STRICHT (*Bull. de l'Acad. roy. de Belgique, XXIII, n° 2*, 1892).

L'auteur étudie la sphère attractive: 1° dans les œufs de Triton ; 2° dans les cellules cartilagineuses d'Amphibiens, d'oiseaux et de mammifères. Plusieurs points méritent d'être signalés. En premier lieu, l'état de la sphère attractive suivant les stades de son évolution, puis la formation de la figure nucléaire achromatique. Van der Stricht admet qu'elle a une origine à la fois cytoplasmique et nucléaire, les fibrilles et les faisceaux fibrillaires naissant aux dépens d'une partie de la masse filaire des sphères attractives et de la matière intermédiaire claire formée, en grande partie, aux dépens du suc nucléaire. Quant à la division des sphères attractives, elle s'opère, dans les œufs de triton, ordinairement au stade quiescent du noyau, rarement pendant l'anaphase du noyau-mère, et exceptionnellement pendant la métaphase.

Dans les cellules cartilagineuses, l'auteur signale la présence du « corpuscule intermédiaire » de Flemming. A. NICOLAS.

Ueber die Anatomie und Entwicklung des Oberhautpigmentes bein Frosche (Pigment de la peau chez la grenouille), par JARISCH (*Arch. für Dermatologie und Syphilis, XXIV*, 2, *p.* 559).

Les rapports topographiques des cellules de pigment partant du pigment brun avec les vaisseaux sanguins, ne démontrent pas d'une façon concluante que le pigment provient de la matière colorante du sang. On ne peut pas interpréter les trois degrés d'infiltration pigmentaire de Ehrmann comme des phases de l'immigration du pigment. On ne peut pas considérer comme démontré qu'il ne se forme aucun pigment dans l'épiderme. Le pigment de l'épiderme des larves de la grenouille ne provient pas de la matière colorante du sang. La pigmentation se fait de dehors en dedans, et la plus grande partie des cellules de pigment ramifiées de l'épiderme des larves de la grenouille naît par transformation des éléments de l'ectoderme. Le pigment des dents larvaires est identique au pigment granulé des éléments épidermiques, c'est un produit du protoplasma, il naît par voie métabolique. Le pigment granule de l'épiderme se développe dans la période embryonnaire des lamelles vitellines.

R. JACQUINET.

Sur les plastidules fuchsinophiles, bioblastes d'Altmann, dans la série animale, par L. et R. ZOJA (*Archives italiennes de biologie, XVI, p.* 71, 1891-1892, *et R. del. R. Instituto Lombardo, XXIV, fasc.* 15, 1891).

Le protoplasma serait une colonie d'organismes élémentaires ou bio-

blastes réunis par une substance fondamentale indifférente. Cette association donne la monère, puis la métamonère par différenciation interne, puis la cellule dans laquelle les bioblastes se distinguent en caryoblastes et somatoblastes (Altmann). Maggi admet une substance plastique vivante non individualisée, donnant d'abord des plastidules qui correspondent aux bioblastes d'Altmann. L. et R. Z. étudient ces plastidules ou bioblastes au moyen de la fixation par le mélange osmio-bichromique, coloration avec la fuchsine acide, décoloration différentielle avec l'acide picrique. Ils concluent que dans le cytoplasme de toutes les cellules de l'organisation animale, les plastidules fuchsinophiles existent. Il y a à côté d'eux des éléments nucléaires, des fibrilles contractiles et peut-être d'autres plastidules colotables par d'autres réactifs. Les plastidules fuchsinophiles ont une fonction nutritive dans la cellule.

DASTRE.

I. — Ueber die chemische Beschaffenheit und die Abstammung der Plättchen (Sur la nature chimique et l'origine des plaquettes), par LILIENFELD (*Vehr. d. Berliner physiol. Ges.; Archiv für Physiologie*, p. 536, 1891).

II. — Hæmatologische Untersuchungen (Recherches hématologiques), par LE MÊME (*Archiv für Physiologie*, p. 115, 1892)

III. — Ueber Leukocyten und Blutgerinnung (Leucocytes et coagulation du sang), par LE MÊME (*Verh. der Berliner physiol. Ges.; Archiv für Physiologie*, p. 115, 1892).

I. — Les plaquettes du sang (hématoblastes de Hayem) sont formées d'une masse granuleuse de nucléine, unie à une substance homogène de nature albumineuse. L'auteur considère comme probable que ce ne sont pas des éléments indépendants, mais qu'elles dérivent du noyau cellulaire des leucocytes.

II et III. — La coagulation du sang, c'est-à-dire la transformation du fibrinogène du plasma en fibrine, est une fonction du noyau cellulaire des leucocytes. La substance provenant du noyau des leucocytes et qui provoque la coagulation, est la *leuco-nucléine*, protéïde riche en phosphore et soluble dans les acides dilués. La leuco-nucléine forme les deux tiers du résidu sec des leucocytes : elle y est unie à l'histone, matière azotée voisine de la peptone.

Lors de la coagulation du sang, le noyau des leucocytes prend une position excentrique, gagne la surface du corps cellulaire, émet des prolongements de fibrine; dans beaucoup de cas, le noyau sort du cytoplasme auquel il n'est relié que par un filament (*Plasmoschise* de l'auteur), de cytoplasme. Le cytoplasme peut ultérieurement se détruire avec mise en liberté du noyau. Les filaments de fibrine partent des noyaux ou des plaquettes.

LÉON FREDERICQ.

Sur les plaquettes du sang des mammifères, par G. BIZZOZERO (*Archives italiennes de biologie, XVI*, p. 375, 1891-1892, *et Archivio per le scienze mediche, XV*, n° 27).

L'auteur résume les arguments qui démontrent la préexistence des plaquettes dans le sang circulant : 1° Examen de la circulation mésentérique d'un mammifère dans la solution physiologique. On voit les pla-

quettes dans les vaisseaux où le cours du sang est ralenti : ou dans les vaisseaux où il est rapide, à la condition de comprimer l'artère principale en amont. Mais pour répondre aux objections de Weigert, et se placer dans des conditions absolument irréprochables, il examine l'aile de la chauve-souris, où il retrouve à la fois globules rouges, leucocytes et plaquettes, grâce à des ralentissements rythmiques de la circulation naturelle. Laker a confirmé ces observations. Löwit n'y a pas réussi. L'auteur combat ses objections. Enfin, il fournit un moyen de faire disparaître les plaquettes du sang : 1° En alternant plusieurs fois la saignée et ensuite la transfusion du sang ainsi enlevé et défibriné, le sang arrive à être dépouillé presque complètement de ses plaquettes. Il devient incoagulable ; 2° cette altération du sang peut être facilement supportée par l'animal, ce qui démontre que les plaquettes ne sont pas indispensables à la vie, ou, du moins, que celle-ci peut continuer alors même que leur nombre est considérablement diminué ; 3° la régénération des plaquettes est très rapide, puisque, dans un sang qui en a été presque entièrement dépouillé, leur nombre, en cinq jours, peut non seulement égaler, mais dépasser celui qu'on observait avant l'opération. DASTRE.

Des branches vasculaires coniques et des inductions auxquelles elles conduisent au sujet de l'organisation de l'appareil vasculaire sanguin, par RANVIER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 14 mars 1892).

Dans la membrane périœsophagienne de la grenouille on distingue avec une grande précision des capillaires qui, au lieu d'être cylindriques, sont coniques, c'est-à-dire présentent une extrémité à petit orifice et une extrémité à grand orifice : par le grand orifice ces capillaires communiquent avec une veine, et au niveau de cet orifice veineux on voit, après imprégnation par l'argent, le pavé régulier des cellules endothéliales se poursuivre sans ligne de démarcation, sans le moindre accident de forme, du capillaire dans la veine ; par le petit orifice ces capillaires s'ouvrent dans les artères, mais ici l'endothélium du capillaire est nettement séparé de celui de l'artère, souvent par une ligne circulaire nette, parfois par une ligne ondulée qui montre que les deux endothéliums, d'abord indépendants, se sont soudés avec léger remaniement des éléments mis en contact. Du reste, avant de pénétrer dans les artères, ces branches coniques montrent souvent une ou deux inflexions, et il est même des préparations dans lesquelles le petit orifice, ou orifice artériel, est resté imperméable, sa place étant occupée par un cylindre protoplasmique plein qui vient se souder à la paroi de l'artériole. Ces faits s'expliquent par le développement, puisque chez les batraciens l'appareil vasculaire périphérique se produit par l'extension des branches vasculaires préexistantes, qui donnent naissance à des pointes d'accroissement se mettant en rapport et se soudant pour se canaliser ensuite. Le système capillaire des batraciens émanerait donc probablement uniquement des veines. D'où cette conclusion que, tandis que chez les mammifères l'appareil vasculaire peut être considéré comme formé de trois systèmes distincts, ayant chacun sa structure et son mode de développement (l'origine d'un réseau capillaire ayant lieu d'une façon indépendante par une cellule vaso-formative), chez les batraciens, au contraire, deux systèmes seulement concourent à l'édification de l'appareil vascu-

laire, l'artériel et le veineux, les capillaires paraissant être une dépendance du système veineux. M. DUVAL.

Lymphbahnen und Lymphcirculation der Haut (Voies lymphatiques et circulation de la lymphe dans la peau), par KROMAYER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n° 44, p.* 1083, 26 *octobre* 1891).

Kromayer a réussi à injecter le réseau lymphatique superficiel de la peau des adultes, décrit par Teichmann et Naumann; les lieux les plus favorables pour le déceler sont la face interne des membres, les téguments abdominaux, thoraciques et péniens. Le derme lui-même ne possède pas de réseau de fentes lymphatiques; il est seulement traversé par de rares fentes obliques qui établissent la communication du système des vaisseaux lymphatiques superficiels avec le système sous-cutané.

Dans les endroits où il n'existe pas de différence entre le corps papillaire et le tissu propre du derme, comme c'est le cas au visage et au scrotum chez l'adulte et pour la peau des enfants du premier âge, le tissu propre du derme possède des réseaux de vaisseaux lymphatique. Ce sont les seuls points chez l'adulte où l'on puisse du réseau superficiel injecter le système lymphatique profond.

Kromayer regarde le système des vaisseaux lymphatiques superficiels comme l'une des principales voies par lesquelles se propagent les affections cutanées; il forme en même temps une barrière à la pénétration des agents morbides établis dans l'épiderme et dans le corps papillaire.

La circulation de la lymphe suit le trajet suivant: Des capillaires situés dans les papilles, la lymphe s'écoule d'abord dans les espaces lymphatiques périvasculaires, puis dans le système compliqué des fentes lymphatiques du corps papillaire et de l'épiderme, pour se collecter finalement dans le réseau superficiel des capillaires lymphatiques placé un peu plus profondément.

Les voies lymphatiques n'ont pas le pouvoir de compenser une transsudation un peu intense des vaisseaux sanguins, par un écoulement plus considérable de la lymphe, parce que la tension et le tiraillement de la peau entraînent l'oblitération des lumières du réseau capillaire lymphatique superficiel. La conséquence nécessaire de cet état de choses est la formation d'une éminence ortiée. Contre les parois des capillaires lymphatiques se trouvent appliquées de nombreuses fibres élastiques résistantes, en connexions étroites avec les fibres élastiques du derme qui se trouvent elles-mêmes en rapports intimes avec les fibres musculaires de la peau. (*R. S. M.*, XIV, 31.) J. B.

Ueber das Schwellgewebe des Auges (Sur le tissu érectile de l'œil), par ZIEM (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXVI*, 3).

Ziem montre, par une série d'expériences faites sur le coq et le pigeon vivants, que le *peigne* du globe oculaire est un organe érectile. Certaines excitations produisent l'augmentation de volume du peigne, tandis que d'autres excitations diminuent les dimensions de cet organe. Avec l'accommodation de l'œil coïncide, chez le coq, l'érection du peigne.

Chez les mammifères et l'homme, les procès ciliaires qui ont une constitution semblable à celle du peigne des oiseaux, rempliraient une

fonction analogue. Les procès ciliaires seraient des organes érectiles, formant l'enveloppe active du cristallin (Rouget). ÉD. RETTERER.

Loi de l'apparition du premier point épiphysaire des os longs, par Alexis JULIEN (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 11 *avril* 1892).

L'ossification des os longs, quant à l'apparition des points épiphysaires, est soumise à des lois que divers auteurs ont cherché à préciser, sans arriver à une formule qui ne souffrit pas d'exception. La loi nouvelle proposée par l'auteur est la suivante : le premier point épiphysaire d'un os long apparaît toujours sur son extrémité la plus importante au point de vue fonctionnel, c'est-à-dire répondant à l'articulation où se produisent les mouvements les plus importants. Une rapide revue du squelette humain montre que cette loi est vraie pour tous les os longs de l'homme. Elle paraît l'être également pour les animaux, autant qu'on connaît pour ceux-ci l'apparition des points d'ossification. Du reste, comme le fait remarquer l'auteur, cette loi particulière n'est qu'un cas spécial d'une loi plus générale, celle de la subordination de l'organe à la fonction. M. DUVAL.

Contribution à l'étude des cellules glandulaires. Les éléments des canalicules du rein primitif chez les mammifères, par A. NICOLAS (*Journal international d'Anatomie et de Physiologie*, *VIII*, 1891).

A. L'introduction, sous prétexte d'indiquer le but du travail et la marche suivie, contient des aperçus distinctement tracés et en partie nouveaux sur la sécrétion. En voici le résumé. Un élément glandulaire élabore aux dépens de sa propre substance (protoplasma seul ou protoplasma et noyau) un produit (*stade de la sécrétion*). L'évolution progressive et déterminée qui aboutit à la formation de ce produit, également défini, peut se faire de diverses manières. Tantôt elle sera partielle (glandes mérocrines de Ranvier) ; au fur et à mesure que le produit de sécrétion sera fabriqué, la partie génératrice de ce produit se reconstituera sans cesse grâce à un apport continu de matériaux nutritifs. En outre, le produit, une fois sécrété, tendra à sortir de la cellule, soit que celle-ci contribue activement à l'expulser, soit par tout autre moyen. L'ensemble des phénomènes qui se succèdent, depuis le moment où le produit de sécrétion est fait, jusqu'au moment où il devient libre à l'extérieur de la cellule, constitue le *mécanisme de l'excrétion cellulaire*. La substance excrétée peut n'être pas la même que celle qui est sécrétée ; par exemple, les cellules caliciformes, qui sécrètent du mucigène, et excrètent du mucus. Dans ce cas, comme le terme ultime de l'évolution atteint dans l'intérieur de la cellule, est le mucus même, et non pas le mucigène, on doit considérer comme phénomènes sécrétoires tous ceux qui aboutissent à la formation du mucus, et comme phénomènes d'excrétion, tous ceux qui président à son élimination. Dans de telles cellules, la sécrétion suivie d'excrétion pourra durer tant que durera la cellule elle-même, et se fera d'une manière soit continue soit intermittente. D'autres fois, l'évolution sera totale ou presque totale (glandes olocrines de Ranvier). Le produit sécrété n'étant pas éliminé à mesure qu'il se forme, envahira progressivement toute la cellule ; et quand en elle sera transformé tout ce qui peut l'être, elle mourra, étant arrivée tout entière à l'état de produit de sécrétion, et comme telle de-

vant être excrétée. Cela étant, la plupart des auteurs n'ont fait qu'étudier le mécanisme de l'excrétion cellulaire. Quelques-uns seulement se sont occupés spécialement de la formation du produit à excréter : tels Langley, List, Ranvier, Altmann, M. Heidenhain. Les faits décrits dans le travail de Nicolas sont du domaine de l'excrétion cellulaire.

B. Les méthodes de recherches sont indiquées en détail, après quoi l'auteur passe à l'exposé des faits.

C. Il examine successivement le « segment post-glomérulaire » et le « segment collecteur » du canalicule Wolffien, et dans chacun étudie les cellules au repos d'abord, puis en activité. Voici les conclusions principales : 1° les éléments glandulaires du segment post-glomérulaire sont caractérisés par l'existence d'une bordure en brosse sur leur face libre. Celle-ci est une formation primitive, dont toutes les cellules sont munies dès le début, et qui ne disparaît que dans certaines conditions. Les éléments du segment collecteur ne possèdent jamais de bordure en brosse; 2° toutes les cellules de ces deux segments sécrètent et excrètent. Deux cas peuvent se présenter. Dans le premier, le produit de sécrétion, élaboré dans le protoplasma, sort par la surface libre des cellules, en s'insinuant entre les bâtonnets de la bordure, sous la forme de fines gouttelettes, qui tombent dans la lumière du tube. Dans le second cas, le produit de sécrétion s'accumule en abondance et brusquement dans les mailles du réseau protoplasmique. La cellule tend à se gonfler, et ne peut, bridée de toutes parts, faire saillie que du côté de la lumière du canalicule. Le liquide sécrété sera refoulé dans les couches superficielles du protoplasma. La bordure en brosse, incapable de résister à cette poussée, se disjoint à l'endroit où la pression est la plus énergique et, le corps protoplasmique, gorgé de liquide, fait hernie à l'extérieur sous forme d'une boule volumineuse. Les bâtonnets de la bordure en brosse, dès lors modifiée, sont rejetés de part et d'autre. Puis la boule se détache et devient libre, mettant ainsi à nu le protoplasma ; 3° il est probable que le processus se renouvelle plusieurs fois pour une même cellule; 4° au point de vue général, on peut dire que les éléments des canalicules Wolffiens constituent un intermédiaire entre les cellules, qui sont rejetées au dehors en totalité, pour former elles-mêmes le produit excrété (cellules des glandes sébacées par exemple), et les cellules qui, demeurant en place, éliminent la substance qu'elles ont élaborée. En effet, à chaque période d'excrétion elles abandonnent une partie de leur corps cellulaire, le reste avec le noyau conservant la propriété de vivre encore, de sécréter et d'excréter, jusqu'au moment de la dégénérescence finale.

D. Dans un exposé historique accompagné de remarques, l'auteur rapporte les observations de bordure en brosse connues faites chez les invertébrés et chez les vertébrés, et dans ce dernier cas soit à l'état normal, soit à l'état pathologique. Il présente les hypothèses que l'on a émises sur la signification fonctionnelle de la bordure en brosse ; mais aucune ne lui paraît pas à l'abri d'objections sérieuses ; on ne peut qu'être frappé de leur localisation dans des organes glandulaires, et surtout dans des organes à produit de sécrétion liquide comme les reins ou les appareils excréteurs des invertébrés.

Suit une comparaison des phénomènes d'excrétion dans le rein pri-

mitif avec les phénomènes analogues observés dans d'autres organes soit à l'état normal, soit à l'état pathologique. L'embryon de mammifère se trouve par son rein dans les mêmes conditions qu'un adulte atteint de néphrite. Le phénomène pathologique nous apparaît ainsi une fois de plus comme la reproduction d'un phénomène physiologique; sans que la nature intime du phénomène change et les conditions de circonstances et de milieu étant seules modifiées, ce qui était normal à un moment donné et chez un individu devient pathologique à un autre moment ou chez un individu différent. A. PRENANT.

La situation du cæcum chez les enfants, par LEGUEU (*Bull. Soc. anat. Paris, p.* 55, *février* 1891).

Sur 100 enfants âgés de 1 mois à 15 ans, 55 fois, Legueu a trouvé le cæcum à sa situation normale dans la fosse iliaque : dans 25 cas, le cæcum siégeait à la partie postérieure de la fosse iliaque, très haut par rapport à l'arcade de Fallope, très haut et très profondément sous le foie : 6 fois il était franchement prérénal sans aucun rapport avec la fosse iliaque : dans cette situation haute et postérieure (pré ou juxtarénal) la direction du cæcum est le plus souvent antéro-postérieure à grand axe parallèle à l'axe du corps : mais, dans trois cas, la direction était nettement transversale, le fond du cæcum regardait à droite.

Chez 14 sujets, il était dans le petit bassin, le plus souvent dans la partie la plus déclive de l'excavation pelvienne, entre la vessie et le rectum, ou au-dessus du ligament large ou du fond de l'utérus chez les petites filles.

Jamais Legueu n'a trouvé le cæcum dans la région de l'ombilic, ou en arrière de la symphyse du pubis. Mais dans certains cas, la mobilité de l'intestin était telle, que rien ne s'opposait à ce que le cæcum ne prît sous une influence quelconque une situation différente. MAUBRAC.

Le côlon pelvien pendant la vie intra-utérine, par JONNESCO (*Thèse de Paris*, 1892).

Le côlon iliaque n'a aucun des caractères de l'S iliaque. Le côlon pelvien (anse en S), qui prend origine au bord interne du psoas gauche et se termine à la 3ᵉ vertèbre sacrée comprend, par conséquent, la première partie du rectum des auteurs. Il est seul pourvu du mésocôlon étendu. Le rectum ne commencerait donc qu'à partir de la 3ᵉ sacrée. Le côlon pelvien, qui siège habituellement dans le bassin, le quitte toutes les fois que la cavité pelvienne se trouve remplie (grossesse, vessie distendue, etc.).

Le côlon pelvien naît aux dépens de l'intestin terminal. Son méso est le dernier vestige de mésentère terminal. Il n'est visible que dans le courant du 2ᵉ mois et, jusqu'à la fin du 4ᵉ mois, il forme deux anses, l'une prégénitale, l'autre prépariétale, pourvues toutes deux d'un méso commun avec le côlon descendant. A la fin du 5ᵉ mois, le mésentère disparaît en s'accolant au péritoine pariétal. A ce moment, le côlon pelvien prend son individualité grâce à la disparition de son méso, qui prend alors ses caractères définitifs. Jusqu'au 9ᵉ mois, le côlon pelvien se continue avec le côlon ascendant. Ce n'est que dans le dernier mois qu'il acquiert ses caractères définitifs en se divisant en deux parties, le côlon iliaque,

qui va de la crête iliaque au psoas, le côlon pelvien proprement dit, qui va du psoas à la 3e vertèbre sacrée.

Le côlon pelvien ne cesse de s'accroître. Tout d'abord il occupe la fosse iliaque, puis il surplombe l'entrée de la cavité pelvienne, puis, enfin, il finit par s'y loger complètement. Ce retard de la pénétration dans le bassin du côlon pelvien tient, d'une part, à l'exiguïté de la cavité pelvienne chez le fœtus, d'autre part, à sa distension par le méconium.

Malgré sa mobilité, le côlon pelvien est essentiellement un organe pelvien. PORAK.

Ueber einen sexuellen Gegensatz in der chromatophilie der männlichen und weiblichen Geschlechtsproducte (Différence sexuelle de chromatophilie des produits sexuels mâles et femelles), par L. AUERBACH (*Verh. d. Berliner physiol. Ges.; Archiv für Physiologie, p.* 53, 1891).

Les parties essentielles (tête du spermatozoïde) des produits sexuels mâles ont une affinité spéciale pour les matières colorantes bleues, sont *cyanophyles*, tandis que dans l'ovule, la vésicule germinative et les corpuscules vitellins sont *érythrophiles*, s'imprègnent facilement de matière colorante rouge. Dans la génération sexuelle, des substances *cyanophiles* sont fournies par le père, des substances *érythrophiles* le sont par la mère. Dans les tissus de l'adulte, on retrouve dans la plupart des éléments cellulaires et notamment dans les noyaux, à la fois des substances *erythrophiles* et des substances *cyanophiles*. Les éléments cellulaires adultes présenteraient donc en général un caractère hermaphrodite. LÉON FREDERICQ.

PHYSIOLOGIE.

Le cervelet. Nouvelles études de physiologie normale et pathologique, par L. LUCIANI (1 *vol.* 300 *pages. Florence* 1891, *et Archives italiennes de biologie, XVI, p.* 289, 1891-1892).

L'auteur a réussi à maintenir longtemps en vie des animaux (chiens, singes), chez qui il avait pratiqué divers genres de mutilation cérébelleuse, et distingué ainsi les effets de l'ablation de ceux de l'irritation. Il indique dans le 1er chapitre ses procédés d'opération. Dans le 2e chapitre il étudie l'ataxie cérébelleuse, résultat habituel des lésions cérébelleuses, en examinant ses divers éléments : force de contraction des muscles, tonicité, symétrie des mouvements pour l'équilibre, coordination pour les divers modes de locomotion et pour la station. Il distingue les phénomènes en cinq catégories : irritation, perte de fonction, compensation, dégénération, dystrophie. Dans le chapitre IV, se trouvent rapportés les effets de la division médiane du cervelet. Il en résulte que le cervelet doit être considéré comme un organe indivisible, physiologiquement unique, dont chaque moitié est en rapport pour la fonction et

pour la nutrition avec les deux moitiés du corps. Dans le chapitre suivant, l'auteur étudie les effets de la destruction du lobe moyen : il contredit à la fois la théorie de Nothnagel, qui admet qu'il n'y a d'ataxie cérébelleuse que dans le cas de lésion du lobe moyen, et les doctrines de Vulpian et de Schiff, à savoir qu'il n'y a que les lésions cérébelleuses asymétriques qui puissent provoquer des désordres de motilité.

A l'ablation unilatérale sont consacrés les chapitres VI et VII. Chaque moitié du cervelet a beaucoup plus de rapports avec la moitié correspondante du corps, qu'avec l'autre. Comme phénomènes d'irritation, on note l'incurvation latérale, ou l'extension tonique du membre correspondant, puis les phénomènes de rotation selon l'axe longitudinal, du côté opéré vers le côté sain, seulement chez les animaux non aveuglés. Il y a de la glycosurie. Comme perte de fonction, il y a asthénie et atonie musculaires plus prononcées du côté correspondant et dans les extrémités postérieures plus que dans les antérieures. L'astasie ou état oscillatoire s'observe surtout dans les muscles de la tête. On note également les phénomènes de compensation fonctionnelle. Les effets sont plus marqués dans le cas où l'ablation est totale. L'auteur examine ensuite les effets combinés des lésions précédentes. Dans le cas d'ablation presque complète du cervelet, les phénomènes de perte de fonction et d'irritation ne diffèrent que comme degré de ceux qui proviennent de l'ablation du lobe moyen. Enfin, ces mutilations cérebelleuses ont été combinées avec l'ablation unilatérale ou bilatérale de la circonvolution sigmoïde qui représente la partie la plus importante de la sphère sensitivo-motrice cérébrale. Les derniers chapitres sont consacrés aux observations cliniques. En résumé, l'auteur contredit les idées de Flourens et de Magendie, qui voudraient faire du cervelet un régulateur des mouvements ou un centre d'équilibration. L'absence totale ou plus ou moins complète du cervelet n'a pour conséquence aucune paralysie partielle ou totale des sens, ou des mouvements, ou des fonctions, sensorielles et psychiques. Ce n'est pas un organe intermédiaire, c'est un appendice. Son action est bilatérale, mais surtout directe. Elle s'exerce surtout sur les muscles des membres et de la colonne vertébrale. Chaque partie de l'organe peut suppléer au manque des autres; il est homogène. Il augmente l'énergie potentielle des muscles (sthénie) : leur tension pendant les pauses fonctionnelles (tonicité) : accélère le rythme des impulsions et les fusionne. DASTRE.

Ueber Beziehungen des Grosshirns zum Fressact beim Kaninchen (**Rôle des hémisphères cérébraux sur la mastication chez le lapin**), par **J. GAD** (*Verh. d. Berliner physiol. Gesell.; Archiv f. Physiologie, p.* 541, 1891).

L'auteur a obtenu chez le lapin des mouvements des mâchoires, de la langue et des lèvres, analogues à ceux de la préhension et de la mastication des aliments, par l'excitation électrique de certaines portions de l'écorce frontale des hémisphères cérébraux. Les sensations gustatives doivent être localisées chez le lapin dans une portion circonscrite de l'écorce cérébrale voisine de la suture coronale. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Hirncentren der Scheidenbewegungen bei Thieren (Sur les centres cérébraux des mouvements du vagin chez les animaux), par **W. v. BECHTEREW et N. v. MILAWSKI** (*Archiv f. Physiologie, p.* 381, 1891).

Existence de centres moteurs pour les mouvements du vagin dans l'écorce cérébrale (partie interne de la circonvolution sigmoïdale en avant et en arrière du sillon crucial chez le chien) et dans la couche optique (portion antérieure) et de centres modérateurs des mouvements du vagin dans la portion externe de la circonvolution sigmoïdale et dans la portion externe de la couche optique. LÉON FREDERICQ.

Action excitatrice et inhibitoire du courant électrique sur l'appareil neuro-musculaire, par **N. WEDENSKY** (*Archives de physiologie, p.* 697, 1891).

L'auteur a constaté sur l'appareil neuro-musculaire des phénomènes inhibitoires très nets. Il en a étudié les conditions et le mécanisme. Un muscle qui ne se contracte plus sous l'influence de courants induits, intenses et assez fréquents, appliqués au nerf, recommence à réagir et entre en tétanos violent si l'on affaiblit l'irritation jusqu'à un certain degré très modéré. Il suffit d'augmenter l'intensité de l'irritation pour que le muscle se relâche de nouveau et ainsi de suite. Les courants induits fréquents exercent une double action : tantôt ils excitent le muscle et le font contracter, tantôt ils dépriment son excitabilité et produisent sa flaccidité. C'est d'une combinaison déterminée, de la fréquence et de l'intensité des courants irritants que dépend l'un ou l'autre de ces effets contraires. Pour qu'une préparation neuro-musculaire passe d'un tétanos intense à la dépression, il suffit, si les courants irritants sont d'intensité maxima, d'en augmenter la fréquence ; s'ils sont très fréquents, d'en augmenter l'intensité. DASTRE.

Spinalganglien und Haut (Ganglion spinal et peau), par **Justus GAULE** (*Centralbl. für Physiologie, V, p.* 689, 30 *janvier* 1892).

La lésion du second ganglion spinal de la grenouille (par piqûre au moyen d'un très petit scalpel) produit presque instantanément des troubles trophiques locaux au niveau de la peau du membre supérieur innervée par la seconde paire nerveuse rachidienne, et des troubles trophiques généraux.

L'auteur rapproche ce fait des troubles trophiques qu'il a signalés dans la cornée du lapin après la lésion des cellules du ganglion de Gasser. LÉON FREDERICQ.

Procédé pratique pour doser les courants d'induction et changer la forme de l'excitation électrique, de manière à agir plus spécialement soit sur le nerf soit sur le muscle, par **A. d'ARSONVAL** (*Archives de physiologie, p.* 585, 1891).

Toute décharge électrique ayant un sens déterminé agit d'une double façon : 1° pour exciter le nerf; 2° pour diminuer ou même supprimer complètement sa conductibilité physiologique au niveau du pôle positif. Cette diminution de conductibilité au pôle positif est fonction de l'intensité du courant. Au voisinage du pôle négatif, au contraire, l'excitabilité nerveuse est augmentée et la conductibilité physiologique du nerf n'est nullement altérée.

Et ceci est vrai, non seulement pour les courants de pile, mais encore pour les flux instantanés, décharge d'induction de rupture, décharge statique, décharge de condensateur (Charbonnel-Salle).

Pour éviter ces phénomènes de polarisation, il n'y a qu'un remède, c'est d'exciter le tissu par une onde instantanée alternative, même pour une excitation unique, onde mettant en jeu des quantités égales d'électricité, dirigées en sens contraire et par conséquent se neutralisant complètement au point de vue de leur action polarisante sur le nerf excité.

On dirigera donc la décharge du condensateur dans le fil primaire d'une bobine d'induction sans fer et on utilisera pour exciter le nerf le flux instantané induit dans la bobine secondaire. La décharge du condensateur donne lieu à une onde électrique, dont l'intensité augmente depuis zéro jusqu'à un maximum, puis diminue de ce maximum à zéro dans un temps très court. De là deux courants induits instantanés, égaux en quantité, correspondant à ces deux périodes, mais inverses de direction, de telle sorte que l'excitation n'a pour ainsi dire plus de direction et qu'il n'y a par conséquent plus de polarisation. En conséquence, plus de différence de conductibilité et, par suite, plus de différence de durée de la décharge. La caractéristique d'excitation reste la même.

L'effet physiologique excitant (débarrassé de l'effet polarisateur), ne dépend point de la source électrique : mais seulement de la *caractéristique* de l'excitation, dont les deux seuls facteurs importants sont le temps et le potentiel, la quantité d'électricité n'intervenant que pour créer la différence de potentiel. L'excitation du nerf moteur exige une variation très brusque du potentiel entre les deux points excités. Le muscle est plus conducteur que le nerf; il faut avoir une plus grande intensité pour avoir la même différence de potentiel aux bornes du tissu excité.

Si l'on veut avoir une contraction non douloureuse, c'est-à-dire exciter le muscle sans exciter les nerfs moteurs ni sensitifs, il faut allonger la décharge. Au lieu d'employer le courant d'induction de rupture (3 dix millièmes de seconde), on peut mettre en dérivation sur le fil induit un condensateur qui ralentira la décharge sans en modifier la quantité. Le muscle répondra seul, comme si l'on avait employé le courant de pile.

DASTRE.

Zur Kenntniss des Nervus laryngeus sup. des Pferdes (Sur le nerf laryngé supérieur du cheval), par Sigm. EXNER (*Centralbl. f. Physiologie*, V, p. 589, 1891).

Möller avait constaté, dans deux expériences, que la section du nerf laryngé supérieur provoque chez le cheval une dégénérescence des muscles du larynx du côté opéré.

S. Exner avait constaté également au moyen du laryngoscope, que la section du même nerf amène immédiatement chez le cheval une paralysie de la corde vocale du côté opéré.

Les résultats de ces expériences avaient été niés par H. Munk et par ses élèves Breisacher et Gützloff.

Exner a repris l'expérience sur deux autres chevaux et a constaté cette fois que la section du laryngé supérieur ne produisit pas la paralysie de la corde vocale.

La seule explication plausible de ces résultats contradictoires obtenus par des expérimentateurs consciencieux et habiles, consiste à admettre que le nerf laryngé supérieur présente dans sa composition physiologique des différences individuelles considérables chez les chevaux.

LÉON FREDERICQ.

I. — Der Uebergang des Stimmbandes... (Par quel mécanisme la corde vocale passe-t-elle, après la section du nerf récurrent, de la position médiane à la situation qu'elle a sur le cadavre ?) par R. WAGNER (*Archiv f. path. Anat.*, *CXXVI*, 2).

II. — Ueber die Medianstellung des Stimmbandes..., par J. KATZENSTEIN (*Ibidem*, *CXXVIII*, 1).

I. — A la suite d'une série d'expériences sur les chats et les chiens, Wagner établit que la corde vocale prend, après la section du nerf récurrent, une position médiane, et, dans l'espace de deux à six jours, elle se place dans la même situation que sur le cadavre. Ce passage se fait de la façon suivante : après la paralysie du nerf récurrent, le muscle crico-thyroïdien agit seul ; le cartilage aryténoïde est fixé par le ligament crico-aryténoïdien postérieur, de telle sorte qu'il tend à se porter en bas et en dehors de la surface articulaire du cartilage cricoïde. Au bout de quelques jours, le ligament se relâche, et le cartilage aryténoïde se porte en dehors en même temps que l'insertion correspondante de la corde vocale. De cette façon, la corde vocale quitte sa position médiane et prend une situation qui la rapproche de celle qu'elle occupe sur le cadavre. Comme le muscle crico-thyroïdien continue son action, le bord libre de la corde vocale n'a point une direction courbe.

Bientôt les muscles innervés par le nerf récurrent s'atrophient et la corde vocale se met dans la situation que nous trouvons sur le cadavre.

II. — Chez l'homme, la paralysie du nerf récurrent détermine la situation médiane de la corde vocale. Une série de recherches faites sur le nerf récurrent du chien (section, excitation), ainsi que la section du nerf laryngé supérieur, donnèrent à Katzenstein les résultats suivants :

1° La section du nerf récurrent d'un côté ou des deux côtés amène la position cadavérique et l'immobilité de la corde vocale correspondante ;

2° La section du nerf laryngé supérieur, pratiquée après celle du nerf récurrent, non seulement fait prendre la position cadavérique à la corde vocale, mais celle-ci se relâche et devient flottante ;

3° La section du rameau pharyngien moyen du nerf pneumogastrique n'a aucun effet sur la position de la corde vocale, après paralysie préalable du nerf récurrent.

Après la section du nerf laryngé supérieur, la corde vocale est non seulement flottante, mais elle est insensible, quoique mobile.

Le muscle crico-thyroïdien est donc le tenseur des cordes vocales, mais il n'exerce aucune influence sur la position médiane des cordes vocales.

ED. RETTERER.

Contributo sperimentale allo studio della fisio-patologia del nervo ricorrente, par J. DIONISIO (*Giornale della R. Accad. di medicina di Torino, p.* 927, *novembre* 1891).

D'expériences faites sur des chiens au moyen d'un appareil spécial

(dynamomètre laryngé) qui permet de constater la force de contraction des cordes vocales, Dionisio conclut que la compression continue et graduelle du nerf récurrent diminue la force d'adduction de la corde vocale; l'adduction produite par l'excitation du nerf avant la compression est inférieure à celle que provoque la même excitation après la compression. L'excitation pratiquée au-dessous du point comprimé ne provoque aucune réaction.

GEORGES THIBIERGE.

Étude sur la régénération du sang après saignée chez les oiseaux, par Ch. LUZET (*Archives de physiologie*, *p.* 455, 1891).

Voici les conclusions de ce mémoire :

La moelle des os renferme, chez le pigeon jeune, des éléments hémoglobinifères susceptibles de s'y diviser par karyokinèse. Le produit de cette division peut, sous l'influence de la saignée, passer dans la circulation sous forme d'érythrocytes ou de cellules rouges, bien différentes par leurs caractères morphologiques des autres éléments figurés du sang. La rareté de ces éléments doit être opposée à l'extrême abondance des hématoblastes et des formes qui relient ces éléments aux globules rouges nucléés du pigeon. Ces formes ont d'ailleurs un caractère commun qui permet de les reconnaître aisément : la disposition losangique du réticule chromatique de leur noyau. Tandis qu'il est extrêmement facile de provoquer par la saignée la multiplication des hématoblastes et de faire apparaître les formes intermédiaires, des saignées répétées ne font que très tardivement apparaître des éléments d'origine médullaire, qui demeurent d'une rareté extrême. Ces différences, jointes à l'extrême variabilité de la moelle chez des pigeons d'âges très rapprochés, prouvent que les organes hématopoiétiques ont chez les ovipares, comme chez les mammifères, un rôle très secondaire. Quoi qu'il en soit, il existe chez les ovipares, comme chez les mammifères, deux hématopoièses distinctes : l'une, hématoblastique, facile à réveiller par les émissions sanguines; l'autre, médullaire, ne donnant lieu au passage des éléments qu'elle produit, que si les saignées sont abondantes et portent sur un animal dont la moelle n'a pas perdu ses caractères fœtaux.

DASTRE.

Hémo-alcalimétrie et hémo-acidimétrie, par DROUIN (*Thèse de Paris*, *n°* 83, 1892).

Le sang agit comme alcali sur la plupart des réactifs colorants; mais il jouit de fonctions acides, en ce sens qu'il peut neutraliser une certaine quantité de base. Il y a donc lieu d'étudier à la fois l'alcalimétrie et l'acidimétrie du sang.

Plus un sang est riche en alcali, plus il peut retenir de CO^2; le dosage de cet élément peut donc fournir des données sur son alcalinité. Dès sa sortie des vaisseaux, il s'altère, sa réaction alcaline diminue. Cette altération ne se modifie plus une fois la coagulation terminée. Si donc on veut titrer le sang total, il faudra agir avec une grande rapidité; pour le sérum on pourra, au contraire, agir librement.

La réaction alcaline varie notablement suivant les espèces animales. On les peut classer dans l'ordre suivant : poissons, reptiles, batraciens, mammifères et oiseaux, qui est précisément celui dans lequel croît l'ac-

tivité des combustions. Le sang total est plus alcalin dans les artères que dans les veines, chez les adultes que chez les vieillards et les enfants, chez l'homme que chez la femme. Le jeûne augmente l'acidité du sérum et diminue beaucoup son alcalinité. L'alimentation carnée, sans influence sur l'alcalinité, augmente l'acidité; le régime végétarien agit inversement, sauf s'il est poussé à l'extrême, auquel cas la nutrition souffre et l'acidité du sérum s'exagère. L'auteur passe ensuite en revue l'alcalinité et l'acidité du sang et du sérum dans diverses maladies. La fièvre augmente l'acidité. L'auteur admet que dans la chlorose, c'est à l'exagération de l'alcalinité qu'on doit attribuer la destruction des hématies. Il établit dans le diabète l'existence d'une dyscrasie acide; il en est de même dans le rhumatisme, même chronique, où on ne peut expliquer l'abaissement de l'alcalinité par la fièvre.

Nous ne pouvons analyser ici, faute de place, tous les points de cette étude. L'auteur donne dans les chapitres II et III les procédés de technique, pour les estimations des différents facteurs qu'il recherche.

C. LUZET.

Grundriss der klinischen Pathologie des Blutes (Éléments d'anatomie pathologique clinique du sang), par LIMBECK (*In*-8°, 202 *p.*, *Iéna*, 1892).

L'ouvrage de Limbeck, par sa forme même, ne se prête guère à l'analyse. L'auteur a réuni là les principales méthodes récentes d'examen clinique du sang, et à ce titre, son ouvrage mérite considération ; car il réunit des matériaux épars, qui ont cependant une importance notable pour le clinicien. Cette partie n'a pas cependant les développements désirables pour la clarté des descriptions d'appareils, et nous aurions voulu y voir plus de détails sur les petits tours de main qui abondent dans la technique hématologique. Il traite ensuite, au point de vue anatomique et clinique seul, des différentes modifications du sang et de leurs rapports avec les maladies. C'est ainsi que nous avons des chapitres ayant trait : à la quantité du sang, à son alcalinité, à sa densité, à sa couleur, aux altérations des globules rouges, des globules blancs, des plaquettes sanguines (hématoblastes), du plasma.

Un chapitre sur les parasites du sang termine le volume. Il ne faut d'ailleurs pas y chercher une description méthodique des maladies du sang : le plan de l'ouvrage ne la comportait pas. Tel qu'il est, ce livre peut néanmoins rendre des services aux chercheurs, principalement à ceux qui sont curieux des techniques employées chez nos voisins d'outre-Rhin.

C. LUZET.

I. — **Die Verarmung des Peptonblutes an Kohlensäure (La diminution de l'acide carbonique dans le sang peptonisé), par BLACHSTEIN** (*Archiv für Physiologie*, *p.* 395, 1891).

II. — **Ueber den Grund der geringen Kohlensäuremenge im Peptonblute (Sur la cause de la diminution d'acide carbonique dans le sang peptonisé), par V. GRANDIS** (*Archiv für Physiologie*, *p.* 499, 1891).

I. — La proportion d'oxygène ne varie guère dans le sang des animaux empoisonnés par la peptone. Celle de CO^2 est toujours notablement diminuée chez le chien et le lapin peptonisé, tant chez l'animal

respirant normalement, que chez l'animal sur le point de s'asphyxier (par occlusion de la trachée). L'injection de peptone ne paraît pas avoir d'influence sur la quantité de CO^2 de la lymphe du canal thoracique.

II. — La diminution de CO^2 du sang chez les animaux peptonisés provient non de ce que CO^2 est produit en moindre quantité par les oxydations organiques qui se déroulent au sein des tissus, mais de ce que l'élimination de ce gaz à la surface pulmonaire se fait plus facilement. L'injection de peptone dans le sang a pour effet d'augmenter considérablement la *tension* de ce gaz dans le sérum sanguin. L'acide carbonique combiné à l'alcali du sérum s'y trouve retenu par des affinités plus faibles qu'avant l'injection de peptone. LÉON FREDERICQ.

Contribution à l'étude des mouvements rythmiques des ventricules cardiaques, par E. GLEY (*Archives de physiologie, p.* 735, 1891).

L'excitation électrique du cœur produit, comme le savent tous les physiologistes, depuis Ludwig et Hoffa (1849), Einbrodt (1859), Vulpian (1874), des mouvements irréguliers, trémulations ventriculaires qui s'éteignent bientôt dans l'arrêt définitif des ventricules. Au contraire, les oreillettes continuent assez longtemps leur mouvement rythmique. Chez le lapin ou le cobaye les mouvements rythmiques peuvent reprendre. Kronecker et Schmey (1884) ont signalé un point du sillon interventriculaire supérieur à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, point dont la plus faible excitation produit les trémulations et ensuite la mort du ventricule. Ce point serait un point d'entre-croisement des voies d'innervation, préposé à la coordination des mouvements ventriculaires. Gley vérifie ces faits. Il y ajoute les suivants : chez le lapin et le cobaye, des mouvements qui reprennent habituellement peuvent ne pas reprendre, si l'on fait suivre la première excitation d'une seconde et d'une troisième. De même chez le cobaye. Il n'y a que des différences de degré. D'autre part les injections de chloral, l'expérimentation sur les chiens nouveau-nés, le refroidissement, mettent le chien dans la condition du lapin. Le refroidissement du lapin s'oppose à l'arrêt définitif. DASTRE.

La pulsation cardio-œsophagienne chez l'homme, par E. SAROLEA (*Travaux du laboratoire de physiologie de Liège, p.* 61, 1890).

A chaque pulsation cardiaque, la portion thoracique de l'œsophage, chez l'homme, est le siège d'une série typique de dilatations et de compressions donnant naissance à de vraies pulsations que la sonde œsophagienne reliée à un tambour à levier peut traduire en graphiques. Ceux-ci sont notablement plus compliqués que les tracés recueillis par Martin (1888) au moyen des mêmes procédés. Pour cet auteur, chaque pulsation cardiaque correspond à trois ondulations positives et trois ondulations négatives du tracé de la sonde œsophagienne : l'interprétation qu'il en a donnée ne saurait être admise. Les graphiques présentent une grande complication, mais ils s'éclaircissent si on les compare aux tracés du choc du cœur ou du pouls. On constate l'existence d'une ondulation négative plus ou moins étendue se produisant pendant la plus grande partie de la systole ventriculaire. Au moment où l'ondée ventriculaire pénètre dans l'aorte, le cœur subit un mouvement de recul balistique tendant à attirer

la base du cœur dans la direction de la pointe. De là une traction sur la paroi antérieure de l'œsophage, une dilatation et une chute de pression dans ce conduit. Enfin, il y a, dans le tracé œsophagien une pulsation négative qui coïncide avec l'ondulation négative post-systolique et qui résulte de la transmission du vide post-systolique de Marey à travers les parois flasques interposées entre la cavité du cœur et celle de l'œsophage. DASTRE.

Recherches physiologiques sur l'occlusion de l'aorte thoracique, par COLSON (*Travaux du laboratoire de physiologie de Liège, p.* 111, 1890).

L'occlusion de l'aorte abdominale fut exécutée par Stenon chez les poissons et par Swammerdam chez les mammifères en 1667; puis par Haller, Segalas, d'Etchepare, Stannius (1851), Kussmaul et Tenner (1857), Du Bois-Reymond (1860). Scheffer (1869), établit que la paralysie que l'on observe est d'origine médullaire. Luchsinger (1878), S. Meyer (1883), virent les convulsions précéder la paralysie. Vulpian (1879), Spronck (1886), virent la sensibilité disparaître plus tôt et reparaître plus tard que la motilité. L. Fredericq (1889) constate quatre phases distinctes: 1° excitation motrice; 2° paralysie; 3° excitation sensitive; 4° anesthésie. Dans la période de retour la sensibilité reparaît avant la motilité. L'auteur reprend la question : il fait l'occlusion de l'aorte thoracique au moyen d'une sonde à ampoule introduite par la carotide gauche. Il constate la succession indiquée par L. Fredericq (excitation motrice; paralysie motrice; excitation sensitive; anesthésie).

Les sphincters anal et vésical ont un stade d'excitation vers la fin de l'excitation motrice. Le retour de la sensibilité précède la restitution de la sensibilité et des fonctions des sphincters. Les éléments médullaires sont donc frappés dans l'ordre suivant: éléments moteurs, centres anal et vésical, éléments sensitifs. Il y a condensation des matériaux solides du sang; diminution de la coagulabilité, retard de cinquante minutes pour une occlusion de deux heures. La pression sanguine est accrue. La suppression de l'occlusion amène une chute brusque de la pression suivie d'une ascension dont la valeur est variable. DASTRE.

Sur le pouls veineux physiologique, par L. FREDERICQ (*Travaux du laboratoire de Liège, p.* 85, 1890).

L'auteur distingue d'abord le pouls veineux véritable dépendant de la pulsation du cœur droit des pouls veineux accidentels [par dilatation des artérioles, par voisinage immédiat d'artères, par situation dans des cavités résistantes, crâne, globe oculaire].

Le pouls veineux véritable a été observé surtout dans la jugulaire. D'abord, par Wedermeyer (1828), puis par Weyrich (1853), dans la veine cave. Les cliniciens, Bamberger (1866), Geigel, etc., le considèrent comme synchrone à la contraction du ventricule, comme pathologique et dû à l'insuffisance tricuspide. Il existe en réalité, en l'absence de toute lésion cardiaque ou vasculaire, ainsi que l'ont établi Fredericq (1865), Potain (1868), Mosso (1878), Riegel (1881) et François Franck (1882), pour l'homme : Marey (1881), Riegel (1881), Gottwalt (1881) et François Franck (1882), chez le chien et le lapin. Les interprétations des différents expérimentateurs sont en désaccord entre elles. L'interprétation

de François Franck, d'après Fredericq, est en désaccord avec les tracés mêmes de cet auteur. Fredericq reprend cette étude. Préalablement il avait étudié en grand détail la pulsation auriculaire que tous les auteurs ont incomplètement observée, sauf Chauveau et Lefèvre; puis, il retrouve dans les tracés de la veine jugulaire et surtout de la veine cave supérieure les mêmes inflexions que présentent les tracés auriculaires. Il y a dans ce pouls veineux une ondulation positive correspondant à la systole de l'oreillette ; une seconde ondulation positive répondant au début de la systole ventriculaire et à la projection brusque des valvules auriculo ventriculaires dans l'oreillette; puis une onde négative répondant à la projection de l'ondée ventriculaire dans l'aorte; puis une saillie fugitive due à une augmentation de pression dans l'oreillette dès que le ventricule a cessé de se contracter; enfin, une onde négative due au vide post systolique. DASTRE.

Expériences sur les réflexes vasculaires, par L. RANVIER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 21 *mars* 1892).

En pressant fortement avec l'ongle l'artère médiane de l'oreille du lapin contre le cartilage du pavillon, on paralyse par écrasement les nerfs qui l'accompagnent, sans arrêter le cours du sang. Dans ces conditions on voit aussitôt l'oreille opérée se congestionner à un degré au moins équivalent à la congestion produite par la section du sympathique cervical, et en même temps disparaît dans cette oreille le rythme artériel (contractions et dilatations alternatives dont la découverte est due à Schiff). Dans l'oreille à laquelle on n'a pas touché, le rythme artériel a également disparu; mais au lieu d'être congestionnée, cette oreille est anémiée et les artères y sont en contraction permanente. Après avoir indiqué les formes diverses sous lesquelles on peut varier cette expérience, l'auteur ajoute : La contraction des artères d'une oreille, lorsque l'on pince les nerfs de l'oreille du côté opposé est un phénomène réflexe. Il indique qu'il y a dans une oreille des nerfs sensitifs qui forment un circuit réflexe avec les nerfs moteurs de l'autre oreille... Je laisse à ceux qui font de la pratique médicale le soin d'utiliser les résultats de ces expériences. Je serais heureux s'ils pouvaient les conduire à une application rationnelle des révulsifs. M. DUVAL.

Ueber die Dichte des Blutes (De la densité du sang), par SIEGL (*Wien. klin. Wochensch.*, *n°* 33, 1891).

La densité du sang dépend de sa teneur en hémoglobine et nullement du nombre de ses éléments cellulaires. Les maladies aiguës ou chroniques n'ont d'influence sur cette densité que lorsqu'elles amènent un affaiblissement progressif. Cependant ce rapport constant entre la teneur en hémoglobine et la densité du sang peut être modifié par les maladies qui altèrent la composition chimique du sang, ou qui y déterminent une accumulation de produits de désassimilation.

La densité du sang peut servir à mesurer l'amélioration obtenue ou les progrès de la maladie au cours des anémies. LEFLAIVE.

Recherches critiques et expérimentales sur le sphygmoscope de Chauveau et Marey, et les manomètres élastiques, par G. ANSIAUX (*Bull. Acad. roy. Belg., mars* 1892).

L'auteur a comparé les tracés de pression artérielle fournis par le sphygmoscope de Chauveau-Marey avec ceux des manomètres de Hürthle, de Gad, de Fick (nouveau modèle), de v. Frey et avec le tracé hémautographique. Il a également relié ces manomètres avec un appareil permettant de réaliser à volonté des variations de pression suivant un tracé donné.

Le sphygmoscope légèrement modifié (par réduction de la chambre de liquide) est capable de suivre et d'enregistrer correctement les phases les plus subtiles et les plus rapides des variations de la pression artérielle : il est tout à fait comparable sous ce rapport aux instruments de Hürthle, de Gad et de Fick. Il présente, sur ces derniers manomètres, l'avantage d'une construction et d'un maniement plus simples. Il ne mérite donc pas les reproches que lui ont adressés Langendorff, Hürthle, etc.

Le tonomètre de v. Frey déforme la courbe de pression.

LÉON FREDERICQ.

Ueber den Einfluss der peripheren Vagusreizung auf die Lunge (Effet de l'excitation du pneumogastrique sur le poumon), par Th. BEER (*Centralbl. f. Physiologie, V, p.* 782, *février* 1892).

L'excitation du bout périphérique du pneumogastrique provoque la contraction des bronchioles et l'augmentation de la pression de l'air renfermé dans la masse broncho-pulmonaire. Il en résulte une dilatation des alvéoles pulmonaires et secondairement un abaissement du diaphragme. L'anémie des alvéoles pulmonaires (par arrêt du cœur consécutif à l'excitation des alvéoles pulmonaires) a pour effet de diminuer la capacité de ces alvéoles et contribue à augmenter la pression de l'air intra-pulmonaire.

L'empoisonnement par l'atropine supprime l'action du pneumogastrique sur la musculature bronchique en même temps qu'elle abolit l'action modératrice cardiaque. LÉON FREDERICQ.

Ueber eine Beziehung der Pulswellengeschwindigkeit zu den Athmungsphasen (Sur une relation entre la vitesse de propagation du pouls et les phases de la respiration), par MARTINI (*Archiv für Physiologie, p.* 169, 1891).

1° La vitesse du pouls est moindre si le thorax est maintenu pendant quelque temps en position d'inspiration, que pendant la position d'expiration;

2° La vitesse du pouls, telle qu'on l'observe pendant la respiration normale et paisible, est plus grande que celle qui correspond à la position inspiratrice du thorax et sensiblement égale à celle de la position d'expiration;

3° Les grandes différences observées dans la vitesse du pouls doivent être attribuées à l'influence de la respiration. Les petites différences proviennent d'erreurs de transmission ou d'inscription. LÉON FREDERICQ.

Ueber den Einfluss des Nervus Sympathicus auf die Athmung (Influence du grand sympathique sur la respiration), par H. J. HAMBURGER (*Zeits. f. Biologie, XXVIII, p.* 305, 1892).

Le grand sympathique cervical contient, principalement chez le veau, des fibres dont l'excitation influence la respiration, soit pour l'accélérer (excitation faible), soit pour la ralentir (excitation forte). Chez le lapin, ces fibres sortent de la moelle entre la 4me et la 5me vertèbre dorsale.

LÉON FREDERICQ.

Kleine Mittheilungen zur Athmungslehre (Notes sur la doctrine de la respiration), par O. LANGENDORFF (*Archiv für Physiologie, p.* 486, 1891).

1° Description des mouvements respiratoires du lézard, de l'orvet, de la tortue. Chez le lézard, on observe après la séparation de la moelle allongée et de la moelle épinière, des mouvements respiratoires séparés par de longues poses (1/2 minute à 1 minute) et persistant pendant des heures.

2° L'auteur a observé (1879) chez des chats nouveau-nés après la section de la moelle au-dessous du bulbe la persistance et le synchronisme des mouvements respiratoires des deux segments, tête et tronc. Ch. Rouget a constaté le même fait en 1882-1883. L'auteur admet que dans ce cas le lien physiologique entre la respiration céphalique et la respiration thoracique est constitué par les pneumogastriques. C'est par l'intermédiaire de ces nerfs que l'état de distension et d'affaissement alternatif des poumons dû à la respiration spinale réagit sur la tête de l'animal et y règle le rythme des mouvements respiratoires de la face.

3° Respiration de Cheyne-Stokes observée chez un jeune chat après section transversale du pont de Varoles et après section des pneumogastriques.

4° Observation de mouvements actifs d'expiration chez la grenouille après extirpation des poumons ou après tamponnement de la bouche ou du larynx. Ces mouvements persistent après destruction des hémisphères cérébraux et des lobes optiques. Ils paraissent sous la dépendance de la partie supérieure de la moelle épinière.

Les centres du coassement (*quackcentrum*) sont situés en partie dans la moelle allongée (et non dans les lobes optiques), en partie dans la moelle épinière.

LÉON FREDERICQ.

Recherches expérimentales sur les variations corrélatives dans l'intensité de la thermogenèse et des échanges respiratoires, par J. LAULANIÉ (*Archives de physiologie, p.* 263, 1892).

Lavoisier pensait que l'intensité de la thermogenèse devait s'exprimer par celle des échanges respiratoires. En réalité, toute la chaleur produite, c'est-à-dire toute l'énergie dépensée par un animal au repos et identique à lui-même, se mesure à la chaleur de formation de la totalité de ses ingesta diminuée de la chaleur de formation de la totalité de ses excreta. Mais la chaleur rayonnée par un animal dans un temps donné n'est pas toujours la restitution intégrale de l'énergie puisée dans ses aliments, et d'autre part l'oxygène consommé peut être employé, selon les cas, à des réactions inégalement thermogènes. En d'autres termes,

l'hypothèse de l'identité au début et à la fin de l'expérience est irréalisable ou impossible à constater. En fait, les déterminations ont prouvé que la chaleur produite par l'animal (lapin) croît avec la température (d'Arsonval, Richet, Ségalas, Langlois, Ansiaux). Le rapport de la chaleur produite à l'oxygène consommé a varié de 2,7 à 5 dans les expériences de Ségalas. L'auteur, à son tour, veut reprendre l'étude de ce rapport. Son appareil dérive de celui de Regnault et Reiset et permet la mesure et l'inscription automatiques de l'oxygène consommé. La chaleur se mesure à l'échauffement que l'animal communique à l'enceinte. On détermine trois coefficients : oxygène consommé, acide carbonique produit, chaleur rayonnée, rapportés à l'heure et au kilogramme d'animal. Ce sont les coefficients. Le quotient thermique de l'oxygène est le rapport du coefficient de l'oxygène au coefficient thermique ; celui du carbone est défini d'une manière analogue. L'auteur s'est demandé comment varient ces quotients dans trois circonstances : tonte, inanition, contraction musculaire. En ce qui concerne la première de ces circonstances, il arrive à ces conclusions : 1° que l'influence de la tonte, l'intensité des échanges respiratoires et celle de la thermogenèse s'accroissent simultanément, mais non pas proportionnellement ; 2° l'accroissement de l'intensité des échanges respiratoires l'emporte sur l'accroissement dans l'intensité de la thermogenèse ; 3° le quotient respiratoire subit un abaissement immédiat pour se relever lentement au voisinage de sa valeur première ; 4° il en résulte que les rendements thermiques de l'oxygène et du carbone sont affectés d'une diminution très sensible (de un cinquième). La production de la chaleur chez les animaux tondus se fait onéreusement, soit que les sécrétions soient moins thermogènes, soit qu'elles se compliquent de réactions endothermiques. DASTRE.

Influence du nerf vague et du sympathique sur les mouvements de la respiration, par F. SPALLITA (*Archives italiennes de biologie, XV, p.* 376, 1891, *et La Sicilia medica, III, fasc.* 2).

1° Dans l'innervation centripète de la respiration, il y a des fibres nerveuses qui ont une action inhibitrice et d'autres qui ont une action accélératrice sur le centre respiratoire bulbaire. 2° Le pneumo-gastrique doit être considéré comme un nerf inhibiteur de l'activité du centre respiratoire, c'est-à-dire comme un nerf dont les fibres stimulées ralentissent les mouvements respiratoires si l'excitation est faible, l'arrêtent si elle est forte. 3° Le sympathique doit être regardé comme un nerf accélérateur de la respiration, dont l'excitation amplifie les mouvements et les accélère. 4° Les fibres accélératrices du sympathique sont pourvues d'une plus grande excitabilité accompagnée d'une moindre résistance, comparativement aux fibres inhibitrices du vague. DASTRE.

Influence du travail musculaire sur l'ensemble de l'échange respiratoire, par R. ODDI (*Archives italiennes de biologie, XV, p.* 388, *et Lo Sperimentale, XLV, fasc.* 2).

Liebig (1870) affirmait que le matériel du travail musculaire est tiré des albuminoïdes. Pettenkofer, Voit (1866) et O. Kellner (1880) virent que dans les jours de travail, l'élimination de l'acide carbonique et l'absorption de l'oxygène augmentent, la quantité d'azote demeurant sensi-

blement la même. Le fait de l'accroissement respiratoire avait été signalé déjà par Lavoisier, Vierordt (1845), Scharling (1843), Ed. Smith (1859), C. Speck (1871); et, en comparant les sangs veineux du muscle au repos et du muscle actif par Ludwig et Sczelkow (1862) et M. von Frey (1885).

Ce sont donc les matériaux hydrocarbonés qui sont surtout employés. Cl. Bernard vit que par le travail musculaire le glycogène diminue dans le muscle. Le fait a été vérifié par Külz (1881). Néanmoins, Argutinsky signala une augmentation de l'azote excrété. J. Munk (1890) réfute Argutinsky. C'est seulement lorsque les hydrates de carbone sont insuffisants (Kellner, Bunge, I. Munk), que les substances azotées sont employées. L'auteur de ce travail a observé des rats tranquilles et agités dans son appareil pour l'étude des échanges respiratoires. Il a constaté l'augmentation de CO^2, l'augmentation plus faible de l'O consommé, l'élévation du quotient respiratoire, l'augmentation considérable de l'eau, et la dépression du quotient expiratoire. Ces dernières circonstances établissent donc que les hydrocarbonés sont la source principale de la consommation musculaire, mais non la source exclusive. DASTRE.

Influence de la lumière sur le chimisme de la respiration, par S. FUBINI et A. BENEDICENTI (*Archives italiennes de biologie*, *XVI*, *p.* 80, 1891-1892).

Les observations ont été faites sur des animaux à l'état hibernant. Moleschott (1855) a observé qu'à la lumière, la quantité d'acide carbonique exhalé augmentait. Le mouvement de l'animal n'a rien à voir dans le phénomène, d'après Chasanowitz (1872), Moleschott et Fubini (1879), tandis que Speck (1879) et Loeb (1888) lui attribuent un rôle. Les auteurs opèrent sur des loirs, des muscardins, etc., en plein sommeil hibernant. Ils trouvent que le chimisme respiratoire est accru par la lumière dans la proportion 100 à 76, même en inanition compléte, en sommeil léthargique, sans autres mouvements que ceux de la respiration. DASTRE.

I. — Sur la circulation céphalique croisée ou échange de sang carotidien entre deux animaux, par L. FREDERICQ (*Travaux du laboratoire de l'Université de Liège*, *t. III*, *p.* 1, 1890).

II. — Recherches sur le rythme respiratoire, par BIENFAIT et HOGGE (*Ibid.*, *p.* 13).

I. — On lie les vertébrales de l'animal (chien ou lapin) et une carotide, la gauche. Puis on fait passer le sang de la carotide droite de A dans la tête de B, et de même on relie le bout central de la carotide de B avec le bout céphalique de la carotide de A. De cette façon la tête de chaque animal (lapin) ne reçoit de sang que du corps de l'autre. Il ne se produit aucun trouble notable. Si l'on cherche à produire de la dyspnée, ou plutôt si l'on rend le sang dyspnéique chez un animal, ce sera non pas cet animal, mais l'autre qui manifestera le phénomène. Ce fait intéressant est d'accord avec la théorie de Rosenthal sur la régulation des mouvements respiratoires par la qualité du sang plus ou moins riche en gaz carbonique ou en oxygène.

II. — La théorie de Rosenthal relative à l'influence de l'oxygène et de l'acide carbonique du sang sur les mouvements respiratoires a été combattue par la plupart des physiologistes, Héring, Ewald, Filehne, Knoll,

Brown-Séquard, Hoppe-Seyler, Mosso, Markwald. Les auteurs reprennent l'expérience de Fredericq sur la circulation céphalique croisée, avec le même résultat. Puis ils pratiquent la circulation céphalique artificielle avec un sang défibriné, chauffé et plus ou moins chargé ou privé de gaz carbonique et oxygène. Ils concluent de leurs expériences que les centres respiratoires sont très sensibles aux variations dans la teneur en CO^2 du sang. En ce qui concerne l'oxygène, ils n'affirment rien.

DASTRE.

De l'innervation vaso-motrice des poumons, par A. CAVAZZANI (*Archives italiennes de biologie*, *XVI*, *p.* 37, 1891-1892, *et Rivista Veneta di scienze mediche*, *XV*, *fasc.* 4-5).

Les fibres vaso-constrictives des poumons ont été contestées à la suite des expériences de Vulpian (1875), Hofmokl (1875); Waller (1878); Openchowski. L'existence des vaso-moteurs pulmonaires a été, au contraire, affirmée par Lichtheim (1876); François-Franck (1889); Bradford et Dean. Suivant ces derniers, les fibres vaso-constrictives sortent de la moelle par les racines antérieures du deuxième au septième nerf dorsal. Ces derniers résultats ont été contredits par Knoll (1890). D'autre part, Couvreur affirme que l'excitation, même légère du vague chez la grenouille. reserre les vaisseaux pulmonaires jusqu'à les rendre imperméables. L'auteur reprend ces recherches en pratiquant la circulation artificielle du poumon. Il s'est assuré d'abord de la survie des vaso-moteurs dans le cas d'une circulation artificielle du membre postérieur, deux heures après la mort. Voici les résultats annoncés : 1° le sympathique cervical chez le lapin contient des fibres dilatatrices pour les vaisseaux pulmonaires; 2° le vague, dans sa portion cervicale chez le lapin, contient des fibres vaso-constrictives pour les poumons; 3° les fibres dilatatrices du sympathique prédominent sur les fibres constrictives du vague; 4° le vago-sympathique du chien (à la région cervicale) possède des fibres vaso-dilatatrices pour les vaisseaux pulmonaires; 5° les vaisseaux pulmonaires du chien possèdent aussi une innervation vaso-constrictive; mais il est douteux qu'elle provienne du vago-sympathique. L'asphyxie détermine une constriction des vaisseaux pulmonaires. Cette constriction est suivie d'une dilatation vasculaire dès que la respiration recommence. L'anémie cérébrale ne détermine aucune modification dans le calibre des vaisseaux pulmonaires. L'excitation bilatérale ne donne pas de résultats plus marqués que l'excitation unilatérale. Les vaisseaux pulmonaires jouissent d'une contraction rythmique autonome qui imprime au courant artificiel des oscillations analogues aux ondes pulsatoires.

DASTRE.

Analgésie générale par action sur le larynx (irritations traumatiques, etc.), par BROWN-SÉQUARD (*Archives de physiologie*, *p.* 773, 1891).

Les faits signalés par B.-S. montrent qu'une analgésie générale réflexe peut être produite : 1° par une irritation traumatique ou mécanique de la peau du cou, de la trachée, mais surtout du larynx ; 2° par la galvanisation du larynx ou des nerfs laryngés supérieurs ; 3° par une irritation de la muqueuse laryngée au moyen du chloroforme, de la cocaïne, etc. DASTRE.

Ueber die Reaction der quergestreiften Muskeln (Sur la réaction des muscles striés), par P. ROHMANN (*Archiv für die gesammte Phys., L, p.* 84, 1891).

Du Bois-Reymond a montré que le muscle rougissait le tournesol bleu et bleuissait le tournesol rougi, actions dues aux phosphates. Il faut, au lieu de tels réactifs colorants, en employer d'autres, comme le lakmoïde ou le curcuma. Le lakmoïde n'est pas rougi par les phosphates acides qui se comportent vis-à-vis de lui comme des sels neutres : de même pour les monophosphates. Le lakmoïde bleu est rougi par les acides forts, mais non par les acides faibles : rouge, il est bleui par les diphosphates, les alcalis et certains sels à acides faibles, comme le carbonate de soude.

Le papier de curcuma est jauni en solution acide, et brun en solution alcaline. Le papier brun est jauni par tous les acides, y compris l'acide carbonique et aussi les monophosphates. Il est bruni par tous les alcalis, le carbonate de soude, mais non par les diphosphates et les monocarbonates. La phénolphtaléine agit comme le curcuma : elle est incolore quand le curcuma est jaune, et rouge lorsque celui-ci est brun.

Le muscle est alcalin pour le lakmoïde : il le bleuit. Il est neutre ou faiblement acide pour le curcuma. De même pour le muscle tétanisé et en rigidité : l'alcalescence diminue pour le lakmoïde, l'acidité augmente pour le curcuma, mais un peu moins s'il s'agit de la grenouille. L'auteur a donné des déterminations numériques à cet égard, en opérant sur l'extrait aqueux à chaud. Il contredit l'assertion de R. Blome qu'il y aurait des quantités égales d'acides libres dans le muscle frais et tétanisé. La réaction du curcuma est due au monophosphate. L'alcalescence au lakmoïde est due au carbonate de soude, au diphosphate, et aussi aux combinaisons alcalines des albuminoïdes. L'acide lactique (du tétanos et de la rigidité cadavérique) agissant sur le carbonate de soude et le diphosphate de soude donne du monophosphate et de l'acide carbonique qui jaunissent le curcuma et n'agissent point sur le lakmoïde; et le lactate de soude formé est neutre au curcuma et légèrement alcalin au lakmoïde. DASTRE.

Recherches expérimentales sur la circulation dans les muscles en activité physiologique, par M. KAUFMANN (*Archives de physiologie, p.* 279, 1892).

Le masséter offre une artère et une veine maxillo-musculaires facilement accessibles, dans lesquelles on introduit un tube en T dont la branche transversale est reliée à un manomètre enregistreur. On constate ainsi que pendant leur fonctionnement physiologique les masséters et releveurs propres de la lèvre supérieure du cheval sont traversés par une quantité de sang environ cinq fois plus considérable que celle qui traverse ces muscles au repos (Chauveau et Kaufmann). On note en même temps les contractions musculaires. Les graphiques montrent une augmentation de la pression veineuse pendant la durée du fonctionnement rythmé du muscle. Cette suractivité résulte de l'accélération du cœur facile à constater sur l'artère. En notant les pressions manométriques carotidiennes à inégale distance du cœur, on constate à la fois l'élévation de pression et l'augmentation de vitesse du sang carotidien, indiquant une circulation plus active dans la tête. On constate, en même temps, une

diminution de pression dans l'artère maxillo-musculaire et une augmentation dans la veine. Il y a donc une vaso-dilatation intramusculaire qui coïncide avec le fonctionnement musculaire et dure autant que lui : elle disparaît ensuite graduellement. A chaque raccourcissement du masséter il se produit une élévation de la pression dans l'artère et la veine : à chaque relâchement, un abaissement de pression. L'écoulement sanguin est donc rythmé comme le mouvement musculaire lui-même. Si l'on ouvre la veine, on voit le sang s'échapper par saccades en nombre égal à celui des coups de mâchoires. Le muscle qui se contracte agit donc comme le cœur lui-même sur le sang qui le traverse : d'où un pouls veineux musculaire et un pouls artériel d'origine périphérique qui vient modifier ou remplacer quelquefois complètement le pouls d'origine cardiaque. Vers la fin du repas les coups de mâchoire s'espacent et s'affaiblissent, et les deux sortes de pouls sont toujours mélangées. L'activité musculaire physiologique soulage le système artériel : elle surcharge au contraire le système veineux et tend à produire sa dilatation exagérée. DASTRE.

Consommation du sucre par les muscles, par MORAT et DUFOUR (*Archives de physiologie*, p. 327, 1892).

Les auteurs étudient la consommation du sucre du sang par le muscle, pendant le repos. A cet égard, on constate que le repos du muscle, même le plus complet, n'est pas quelque chose d'uniforme : sa consommation de glucose présente des différences considérables, dépendant de son état antérieur, du recul du moment où il a été actif.

Sur un chien on prépare les nerfs crural et obturateur qui commandent à tous les nerfs de la cuisse, sauf le biceps, le demi-tendineux et le demi-membraneux. Une anse de fil est glissée sous le tronc des veines fémorales : un tube est introduit dans la veine fémorale superficielle. On analyse le sang artériel et le sang veineux pris dans le même temps. On note le temps que dure la prise du sang veineux. On a ainsi la consommation de sucre pendant ce temps et pendant une minute.

On constate ainsi que des muscles fatigués au point de devenir inexcitables retiennent plus de sucre qu'en se contractant. Ce sucre doit être mis en réserve sous forme de glycogène, pour être consommé pendant le travail. DASTRE.

Relations entre les processus rythmiques et l'activité fonctionnelle de l'appareil neuro-musculaire excité, par N. WEDENSKY (*Archives de physiologie*, p. 50, 1892).

Les différentes parties de l'appareil neuro-musculaire modifient le rythme des excitations reçues. Le nerf lui-même modifie ce rythme moins que ne font les autres parties. En admettant que le nerf excité transmette exactement les excitations appliquées, c'est l'appareil terminal (terminaisons nerveuses) qui les transforme le plus. Si les impulsions sont fréquentes et faibles, la terminaison nerveuse transmet au muscle des impulsions rares et fortes. Si les impulsions sont fortes et que la fréquence s'élève successivement, il y aura d'abord un moment où elles seront reproduites par le muscle; puis, cet optimum étant dépassé, il y aura dans le muscle transformateur, diminution de nombre, sons muscu-

laires, bruits du *rythme transformé;* au delà, enfin, il y a repos du muscle, inhibition.

Si la fréquence croît encore au delà, alors le nerf lui-même (au-dessus de 500 irritations par seconde) modifie son rythme, il ne transmet plus qu'une partie des irritations reçues et la même série de phénomènes peut alors se reproduire grâce à cette circonstance.

C'est, on le voit, une théorie nouvelle de l'inhibition considérée comme la condition de tout appareil neuro-musculaire, en présence d'irritations convenables (fréquentes et intenses). Il n'y aurait pas de filets nerveux inhibiteurs spéciaux. La même fibre serait, suivant les conditions de l'excitation, et par suite de l'inertie de l'appareil nerveux terminal, successivement motrice ou inhibitrice. Cette théorie est formulée sous le nom de *Loi de la labilité relative* de l'appareil neuro-musculaire.

DASTRE.

Versuche und Fragen zur Lehre von der Lymphbildung (Recherches et problèmes relatifs à la formation de la lymphe), par R. HEIDENHAIN (*Archiv für die gesammte Physiologie, XLIX, p.* 209, 1891).

La doctrine courante que la circulation lymphatique n'est qu'une dérivation de la circulation sanguine n'est pas soutenable. Il n'y a que deux hypothèses relativement aux échanges entre le sang et les tissus : l'hypothèse de la *diffusion,* d'après laquelle la consommation d'une substance par l'élément anatomique entraîne par diffusion et règle en même temps son passage du sang dans la lymphe, et enfin l'hypothèse de la *sécrétion*, d'après laquelle l'élément vivant de la paroi sanguine intervient dans l'échange.

L'auteur étudie d'abord la formation de la lymphe aux dépens du sang. Il pratique une fistule du canal thoracique. Il étudie l'influence de la pression aortique sur le courant lymphatique et constate qu'il n'y a pas parallélisme complet entre l'accroissement de pression et l'activité du flux de lymphe. Celle-ci ne provient donc pas de la simple filtration du sang. La lymphe a, en réalité, deux origines : l'une dans le sang, l'autre dans l'élément anatomique.

1° Il y a des lymphagogues qui agissent en accroissant la formation de la lymphe aux dépens du sang. Tels les muscles d'écrevisse; têtes et corps des sangsues; corps d'anodontes; intestins et foie de chien; peptones; albumine d'œuf. L'extrait d'écrevisse exerce une action surprenante : aussitôt après l'injection dans le sang, l'écoulement de lymphe du canal thoracique augmente ; elle devient trouble ; sa coagulabilité est diminuée ou annulée : elle est plus riche en albuminoïdes. La substance active est contenue dans les muscles d'écrevisse : on peut la préparer comme les ferments. Elle n'agit pas en accroissant la pression sanguine. On est forcé d'admettre que les cellules des capillaires développent une activité sécrétoire qui est accrue dans ce cas. Les autres substances signalées sont aussi des lymphagogues puissants.

2° La deuxième série des lymphagogues met en évidence la lymphe qui tire son origine des tissus. Ce sont les sels, les matières cristalloïdes injectées dans le sang. Une injection de glucose accélère par exemple l'écoulement de la lymphe dans la proportion de 37 à 1. Le sang lui-même s'enrichit considérablement en eau. L'excrétion urinaire est très

abondante. Tous les liquides s'enrichissent en eau, celle-ci ne peut venir que des éléments des tissus. Ces substances, sucre, sel, agissent sur les éléments pour leur soustraire de l'eau, qui s'écoule d'une part dans le sang, de l'autre dans la lymphe. Quant au passage de ces substances cristalloïdes, du sang où on les a injectées dans la lymphe, il n'est pas dû seulement à la diffusion physique, mais à une action vitale des membranes, car ce passage se fait dans des conditions contraires aux lois de la diffusion. La paroi du capillaire possède la propriété de faire passer le sucre du sang plus pauvre dans la lymphe plus riche, et d'en empêcher le retour. Il y a, en résumé, intervention d'une activité secrétoire, vitale, des cellules de la paroi vasculaire. DASTRE.

Ueber Leucolyse und Lymphbildung (De la leucolyse et de la formation de lymphe), par M. LOEWIT (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 9, 1892).

Il existe une série de substances, parmi lesquelles certains alcaloïdes, qui introduites dans la circulation, appauvrissent le sang en leucocytes; ceux-ci sont détruits, dissous (leucolyse), tandis que les globules rouges ne sont pas altérés. Il y a lieu de croire que cette leucolyse est une des conditions essentielles de l'accroissement de la formation de lymphe.

Peu après le début de la leucolyse, les leucocytes provenant des organes hématopoïétiques sont jetés en plus grand nombre dans le torrent circulatoire; il en résulte une leucocytose qui, après avoir persisté quelques instants, ne tarde pas à disparaître. On ne peut pas déterminer ainsi chez les animaux une leucémie, mais seulement une leucocytose plus ou moins transitoire. LEFLAIVE.

De la formation du sucre dans l'organisme, sous l'influence du défaut d'oxygène, par DASTRE (*Archives de physiologie*, p. 820, 1891).

L'auteur rappelle et confirme les résultats de son étude sur la glycémie asphyxique. Dans l'asphyxie rapide, la quantité de sucre du sang varie en raison inverse de la quantité d'oxygène. L'acide carbonique n'a point de rôle à jouer dans le phénomène, lequel est dû directement ou indirectement à la diminution d'oxygène. L'hyperglycémie asphyxique entraîne la glycosurie asphyxique. Il faut distinguer l'asphyxie lente de l'asphyxie rapide, la première pouvant amener l'hypoglycémie finale. L'excès de glucose ne correspond point à la diminution d'oxygène: il ne prouve pas la diminution des combustions respiratoires. L'augmentation de sucre du sang peut s'expliquer de deux manières : par diminution de la dépense des tissus, par augmentation de l'apport du foie. C'est, en fait, cette dernière cause qui intervient d'une façon prédominante. Enfin, le diabète curarique est un diabète asphyxique.

Ces faits sont rappelés à propos des travaux d'Araki et de Zillessen, publiés dans le *Zeitschrift fur physiologische Chemie* (1891), qui reproduisent quelques-unes de ces conclusions, et qui attribuent la glycosurie à la diminution de consommation des organes. DASTRE.

Zur Glycogenbildung in der Leber (Formation du glycogène dans le foie), par E. NEBELTHAN (*Zeitschr. für Biologie, XXVIII, p.* 138, 1891).

Augmentation de la quantité de glycogène contenue dans le foie (ou dans les muscles) chez le lapin ou le poulet :

a) Par les agents hypnotisants, chloral, chloralamide, paraldéhyde, sulfonal, etc.;

b) Par l'asparagine, la benzamide, la formamide, les sels ammoniacaux;

c) Par la section de la moelle épinière pratiquée à la partie supérieure de la région dorsale;

d) Par les agents antipyrétiques, antipyrine, kairine, quinine.

Les résultats des expériences *a*, *c*, *d* s'expliquent par un arrêt ou une diminution des phénomènes de combustion interstitielle.

LÉON FREDERICQ.

Ueber die Glykogenbildung nach Aufnahme verschiedener Zuckerarten (Sur la **formation du glycogène après ingestion de différents sucres**), par **Carl VOIT** (*Zeitsch. für Biologie*, *XXVIII*, *p.* 245, 1892).

Le foie du lapin et celui du poulet (soumis à un jeûne préalable) se chargent de grandes quantités de glycogène, après ingestion de dextrose, de sucre de canne, de lévulose ou de maltose. Le dosage de l'azote des urines prouve que la quantité d'albumine détruite dans le corps pendant la durée de l'expérience ne saurait suffire à expliquer la formation du glycogène aux dépens de matériel azoté et que la plus grande partie de ce glycogène doit être formée par transformation des sucres de l'alimentation. Le sucre de canne et la maltose se transforment déjà dans l'intestin en dextrose : les cellules du foie n'ont donc qu'à transformer celle-ci en glycogène.

La lévulose est absorbée comme telle et ne se tranforme pas en dextrose dans l'organisme : on la retrouve intacte dans les urines. Les cellules hépatiques doivent donc la transformer soit directement en glycogène, soit en dextrose d'abord, et en glycogène ensuite.

A la suite de l'ingestion de galactose, ou de lactose, on n'observe la formation que d'une petite quantité de glycogène hépatique. Il est probable que ces deux sucres ne se transforment pas directement en glycogène, mais que leur présence exagère la formation du glycogène aux dépens de matériaux albuminoïdes, ou épargne le glycogène formé.

Les cellules hépatiques paraissent ne pouvoir utiliser directement pour la formation du glycogène que la dextrose ou la lévulose (tous deux directement fermentescibles) parmi les sucres. La formation du glycogène hépatique est tout aussi active à la suite d'injection sous-cutanée de ces deux sucres, qu'à la suite de leur ingestion par le tube digestif. Le sucre de canne et la maltose injectées sous la peau n'ont qu'une action insignifiante sur la glycogenèse, tandis qu'introduits par la voie de l'intestin (et transformés dans ce cas en dextrose), ils l'excitent puissamment. Il semble donc que les cellules hépatiques ne sont pas capables d'utiliser directement le sucre de canne et la maltose.

La galactose et la lactose, injectées sous la peau ont une action tout aussi faible sur la glycogenèse hépatique qu'après ingestion stomacale. Cette action est sans doute indirecte, le foie n'utilisant pas directement la galactose ni la lactose pour la formation du glycogène.

LÉON FREDERICQ.

Tritt auch bei Kaltblütern nach Pankreasexstirpation Diabetes mellitus auf? (La glycosurie se montre-t-elle chez les animaux à sang froid après extirpation du pancréas?) par G. ALDEHOFF (*Zeits. für Biologie, XXVIII, p.* 293, 1892).

Après extirpation totale du pancréas, l'urine de la tortue aquatique contient du sucre dès le premier ou le second jour. Chez la grenouille, l'extirpation du pancréas produit également le diabète : chez la grenouille, le sucre commence à apparaître quatre à cinq jours après l'opération : les urines deviennent ensuite de plus en plus sucrées. Durée de la survie 6 à 23 jours chez la tortue; 4 à 9 jours chez la grenouille.

LÉON FREDERICQ.

Noch einige Versuche über den Einfluss des Wassers und des Kochsalzes auf die Stickstoffausgabe vom Thierkörper (Influence de l'eau et du sel marin sur l'excrétion d'azote), par D. DUBELIR (*Zeits. f. Biologie, XXVIII, p.* 236, 1892).

Les expériences de Voit, de Forster et d'autres physiologistes ont montré que l'ingestion de grandes quantités d'eau provoque une augmentation de l'excrétion d'azote chez le chien, surtout si l'animal est à jeun. Il en est de même de l'ingestion de petites quantités de chlorure de sodium.

L'auteur a constaté qu'il n'en est pas toujours ainsi chez le petit chien sur lequel il a fait ses expériences, l'ingestion d'eau n'a pas influencé l'excrétion d'azote et l'ingestion d'une grande quantité de sel a légèrement diminué cette excrétion. LÉON FREDERICQ.

Zur Erklärung des Curare-Diabetes (Sur la cause du diabète curarique), par O. LANGENDORFF (*Archiv für Physiologie, p.* 476, 1891).

Dastre admet que le diabète curarique n'est qu'une forme de la glycosurie asphyxique. L'auteur ne croit pas que cette explication soit applicable à la grenouille. Le diabète se montre chez des grenouilles curarisées conservées à une température voisine de 0° chez lesquelles on ne peut guère admettre d'asphyxie. D'ailleurs, l'extirpation des poumons chez la grenouille ne produit pas le diabète. LÉON FREDERICQ.

Eine Glycerinwirkung (Action de la glycérine), par O. LANGENDORFF (*Archiv für Physiologie, p.* 480, 1891).

L'injection de 1.5 à 2 centimètres cubes de glycérine dans le sac lymphatique dorsal de la grenouille provoque un abondant épanchement de liquide lymphatique dans ce sac; il en résulte une dessiccation progressive des différents tissus du corps, d'où excitation des centres nerveux et aussi des nerfs périphériques et accès de contractions tétaniques. Si l'on curarise la grenouille, une excitation instantanée électrique ou mécanique localisée à un muscle pourra provoquer des contractions tétaniques dans le muscle excité et également dans les muscles voisins. La contraction du premier muscle agit par son courant d'action (variation négative) comme excitant sur les muscles voisins. L'injection de glycérine a également pour effet de dessécher les différents milieux de l'œil; le cristallin reste transparent. LÉON FREDERICQ.

Sur l'assimilation des hydrates de carbone, par HANRIOT (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 15 *février* 1892).

De la nutrition dans le diabète, par HANRIOT (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 22 *février* 1892).

Les hydrates de carbone ingérés à l'état d'amidon ou de glycose sont convertis, dans l'organisme normal, en graisses, avec dégagement d'acide carbonique, et ce dégagement peut servir de mesure à la quantité de glycose ainsi transformée. Chez les glycosuriques cette transformation de glycose en graisse ne se produit pas, c'est pourquoi, les variations du quotient respiratoire avant et après un repas composé de féculents peuvent fournir une mesure exacte de la quantité de glucose utilisée; cette détermination donnera à la clinique un renseignement précieux, plus utile pour l'étude de la marche de la maladie que le dosage du glucose dans l'urine, puisqu'elle permettra d'avoir une mesure du pouvoir glycolytique total. Ainsi, l'auteur rapporte les chiffres relatifs à deux malades observés à cet égard; l'un avait un quotient respiratoire identique avant et après un repas de féculents, c'est-à-dire que chez lui le diabète était total et la glycolyse nulle; l'autre, au contraire, présentait un léger accroissement de l'acide carbonique après ce repas, et, par conséquent, utilisait encore une faible partie du glycose absorbée. M. DUVAL.

Inhibition réflexe du tonus et des mouvements de l'estomac, par E. WERTHEIMER (*Archives de physiologie*, *p.* 379, 1892).

L'excitation du sciatique détermine un relâchement de l'estomac, une diminution de son tonus normal s'il est en repos et un arrêt de ses mouvements rythmiques si ceux-ci se produisaient. L'effet de l'excitation du pneumogastrique signalé par Morat serait de même nature. De même la dilatation réflexe du cardia sous l'influence de l'excitation des organes splanchniques indiquée par Openchowsky. L'auteur applique ces faits à l'explication d'un certain nombre de cas de dilatation de l'estomac.

DASTRE.

Sur la sécrétion pylorique chez le chien, par CONTEJEAN (*Compt. rend. Acad des sciences*, 7 *mars* 1892).

D'après Heidenhain, les cellules principales des glandes gastriques président uniquement à l'élaboration de la pepsine, la sécrétion de l'acide étant produite par les cellules de bordure; aussi le produit des glandes de la région pylorique, qui sont uniquement constituées, chez le chien, par des cellules principales, serait alcalin et renfermerait uniquement de la pepsine. Reprenant l'étude de la question, l'auteur a constaté que la sécrétion pylorique du chien est normalement acide, et, par suite, il en conclut que la production de l'acide du suc gastrique ne saurait être localisée dans les cellules de revêtement. M. DUVAL.

Expériences montrant que le foie rejette la bile introduite dans le sang, par E. WERTHEIMER (*Archives de physiologie*, *p.* 724, 1891).

La bile passe pour le plus actif des cholagogues. Il semble qu'elle élimine les sels biliaires introduits dans le sang et de même, les pig-

ments. Cependant la question est controversée. Pour contribuer à sa solution, l'auteur utilise une observation de Mac Munn d'après laquelle la bile du mouton et celle du bœuf contiendraient un pigment particulier, cholohématine, caractérisé par un spectre à quatre bandes. Si réellement la bile de mouton injectée à un chien repasse en nature par son foie, on doit retrouver dans la bile de l'animal en expérience le spectre de la cholohématine qui n'y existe pas normalement. C'est en effet ce que l'expérience vérifie. DASTRE.

Influence de la tension intra-rénale sur les fonctions du rein, par Félix GUYON (*Compt. rend. Acad. des sciences,* 29 *février* 1892).

La mise en tension est réalisée soit par la simple ligature de l'uretère, soit en mettant l'uretère en communication avec un manomètre. Sous l'influence de la pression, il y a diminution considérable de la sécrétion; mais la composition de l'urine est aussi modifiée; la proportion d'urée devient moindre. Les effets ultimes de la tension sont une altération profonde de la substance rénale, qui disparaît graduellement. Ici se présente un fait bien intéressant au point de vue physiologique, relativement à la théorie qui tend à établir l'indépendance de l'élimination aqueuse et de l'excrétion des parties solides de l'urine : en effet, les expériences, comme les résultats des opérations de l'auteur, montrent que lorsque le rein n'est plus seulement modifié physiologiquement par une pression temporaire, mais que les lésions de sa substance sont faites, son pouvoir éliminateur est pour ainsi dire aboli, tandis que la faculté de filtrer lui est encore conservée. L'observation des prostatiques qui, avec un minimum de substance rénale, sont polyuriques, mais dont les urines sont très pauvres en urée, témoigne dans le même sens. En tout cas, ces faits sont de nature à permettre d'accorder à la diminution progressive et permanente de l'urée une grande valeur séméiologique : en effet, des constatations de ce genre peuvent servir au diagnostic délicat des altérations du rein et contribuer à résoudre le problème si difficile de la mesure de l'insuffisance rénale chez les urinaires. M. DUVAL.

Die Folgen der Wasserentziehung (Conséquences de la privation d'eau de boisson), par NOTHWANG (*Thèse Marbourg* 1891 *et Hyg. Rundsch.*, *II*, 49, 15 *janvier* 1892).

Nothwang a fait ses expériences sur des pigeons qu'il nourrissait exclusivement avec des pois desséchés. Au bout de 2 jours, ces oiseaux offraient déjà des troubles de leur santé, puis, bientôt après, ils périssaient, en moyenne après 4 jours et demi de l'expérience. Chez les animaux tenus au jeûne comme contrôle, la mort n'arrivait qu'au bout de 10 à 12 jours.

L'analyse chimique des pigeons morts de soif a montré que leur masse musculaire au lieu de renfermer 23 0/0 de substance sèche dégraissée, comme à l'état normal, en contenait en moyenne 29,4 0/0 et la masse de leurs organes 83.5 au lieu de 27. Les animaux devenaient malades quand ils avaient perdu 1/10 environ de leur réserve d'eau, et mouraient lorsque la perte d'eau s'élevait à 1/5 et que la proportion d'eau du corps était tombée à 66.5 0/0.

La mort ne tenait pas seulement à la privation d'eau, mais aussi en

partie à la rétention dans l'économie de produits de décomposition qui dans les conditions normales sont éliminés. En effet, l'analyse chimique des pigeons morts de soif a prouvé qu'ils renfermaient davantage de matières extractives que les pigeons sains.

Enfin, pendant la privation d'eau, les pigeons ne maintenaient pas leur approvisionnement d'albumine, mais en perdaient ainsi que de leur approvisionnement de graisse. S'il eût été possible d'empêcher cette déperdition de matières, la mort aurait sans doute été accélérée.

En définitive, il ressort à nouveau de ces expériences que la soif est infiniment plus néfaste pour l'organisme que la faim. (*R. S. M.*, XXX, 36.) J. B.

The electro-physiology of reflexes, par JACOBY (*N. York med. journ.*, *p.* 477, 31 *octobre* 1891).

En galvanisant les muscles de l'avant-bras chez un sujet atteint de crampe des écrivains, l'auteur remarqua, au moment de la fermeture du courant galvanique, une secousse du menton du même côté.

Il a donc institué l'expérience suivante : l'un des électrodes étant placé sur la poitrine, l'autre du côté externe de l'avant-bras, au voisinage du poignet, un courant de 8 milliampères produit, au moment de la fermeture du *cathode*, une contraction du muscle de la houppe du menton du même côté. On n'obtient pas de contraction par la fermeture de l'*anode*. Même résultat quand le premier électrode est placé, non sur la poitrine, mais au dos de l'avant-bras.

C'est un phénomène réflexe, dû à l'excitation galvanique seulement, que l'auteur a cherché à reproduire chez 100 individus sains. Or, 71 fois il l'a déterminé des deux côtés, 3 fois d'un seul côté ; trois fois le réflexe a fait défaut complètement ; chez quatorze sujets les contractions faciales causées par la douleur ont empêché l'appréciation exacte des phénomènes.

Ce réflexe, existant d'une façon incontestable chez plus de 70 0/0 des sujets sains, doit être considéré comme physiologique. L. GALLIARD.

Application à la physiologie normale et pathologique de la perte temporaire d'activité des tissus par la cocaïnisation locale, par François FRANCK (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 2 *mai* 1892).

Les propriétés paralysantes, locales et transitoires de la cocaïne peuvent être appliquées à une foule de recherches physiologiques. On peut, par exemple, substituer la cocaïnisation locale à la section nerveuse, procédé qui a l'avantage de ne pas supprimer définitivement la conductibilité nerveuse et permet d'assister à la reconstitution des fonctions momentanément suspendues. On peut ainsi obtenir une double vagotomie transitoire, et c'est avec ce procédé d'étude que l'auteur a repris et contrôlé ses anciennes expériences par l'innervation modératrice et accélératrice du cœur. D'autre part, on peut cocaïniser le myocarde, lequel résiste alors d'un façon remarquable à l'action tétanisante subitement mortelle de certains poisons qui, comme la digitale et la strophantine, tuent brusquement le cœur en le mettant exactement dans le même état que les excitations électriques. M. DUVAL.

I. — Recherches sur la fonction des canaux semi-circulaires de l'oreille interne chez la grenouille, par H. GIRARD (*Archives de physiologie*, p. 353, 1891).

II. — Localisation prétendue, etc., des organes auditifs, par BROWN-SEQUARD (*Ibid.*, p. 366).

I. — L'auteur sectionne le nerf auditif dans le conduit auditif interne avant son entrée dans la cavité tympanique; puis, dans un second temps, il enlève le labyrinthe membraneux. On constate chez la grenouille opérée des deux côtés des déviations caractéristiques des attitudes et de la locomotion. Mise sur le dos, elle y reste indéfiniment : elle garde les attitudes qu'on imprime à sa tête ; elle flotte dans l'eau en une attitude passive.

Au début, l'animal présente des mouvements de rotation et de manège, qui sont des effets d'irritation et que l'auteur laisse de côté pour considérer seulement les effets permanents dus à l'ablation. Si l'on pince une patte, elle saute devant elle et retombe sur le ventre, sur le flanc ou sur le dos : jetée dans l'eau elle nage sur le ventre, sur le flanc ou sur le dos, après quoi elle s'arrête et coule au fond. La section unilatérale, à gauche, par exemple, entraîne une attitude remarquable : l'animal s'appuie fortement sur sa patte antérieure droite plus éloignée du corps et plus étendue que la gauche, et en pronation forcée. L'animal se comporte comme s'il avait l'impression de tomber à droite. L'auteur obtient le même résultat, en effet, en sectionnant d'un côté tous les muscles qui s'insèrent à la tête. Il y a donc, en somme, une suractivité continue des muscles du côté opposé à la lésion. L'auteur a essayé de l'apprécier par des mesures directes, puis il a comparé l'excitabilité de l'appareil névro-musculaire des deux côtés. Cette excitabilité a paru habituellement plus grande du côté non opéré. Les muscles presque constamment en action du côté opposé à la lésion deviennent plus forts que leurs correspondants : ils paraissent, après la mort, entrer plus vite en rigidité.

En résumé, l'animal privé de labyrinthe d'un côté, dès qu'il est en mouvement, éprouve dans l'oreille saine des sensations qui, en l'absence des sensations correspondantes lui donnent la sensation de perte d'équilibre : il croit être poussé du côté non opéré. Ainsi, les attitudes et les translations sont probablement régies par des sensations symétriques. Celles-ci sont fournies chez les animaux supérieurs par des organes multiples, vision, sensibilité au contact, appareils labyrinthiques. Chez les crustacés, céphalopodes, éténophores, les otocystes ou statocystes (Werworn) ont un rôle prédominant.

Chez la grenouille et chez les poissons (Loeb), le rôle des appareils labyrinthiques dans l'orientation est très considérable. L'ablation bi-latérale laisse l'animal désorienté jusqu'à ce que les autres sens les aient suppléés; l'ablation unilatérale laisse à l'appareil conservé des sensations asymétriques contre lesquelles l'animal réagit par des mouvements de défense.

II. — Brown-Séquard, à propos du mémoire précédent, rappelle qu'il y a eu destruction complète de l'appareil auditif chez l'homme, sans perte des fonctions d'équilibration. De même, chez la grenouille, les

oiseaux et chez quelques poissons. Les phénomènes observés sont uniquement des phénomènes d'irritation, produisant des activités ou des inhibitions diverses. DASTRE.

Les vaso-moteurs de l'œil, par J. P. MORAT et M. DOYON (*Archives de physiologie*, *p.* 60, 1892).

Les auteurs se proposent de déterminer pour chaque membrane de l'œil (rétine, iris, sclérotique) les sources de l'innervation vaso-motrice.

Rétine. — Le sympathique cervical du lapin étant excité, l'effet constricteur apparaît seul (vaso-constricteurs primant les vaso-dilatateurs). C'est l'inverse chez le chien et le chat. Chez le lapin, l'excitation de la partie thoracique produit la vaso-dilatation. C'est là un phénomène d'inversion tout analogue à celui constaté par Dastre et Morat pour la circulation de l'oreille. Pour la conjonctive et la sclérotique, le sympathique est constricteur. De même pour l'iris. Les vaso-moteurs de la rétine se rendent à cette membrane par la voie du trijumeau. Ils ont le même trajet que les vaso-moteurs bucco-faciaux; à partir du ganglion cervical supérieur ils suivent le rameau cervico-gassérien, la branche ophtalmique, la racine grêle (sensitive) du ganglion ophtalmique, le paquet des nerfs ciliaires. Les racines végétative et motrice du ganglion n'en contiendraient point. Les vaso-moteurs du segment antérieur de l'œil échappent en totalité ou en grande partie à la voie du trijumeau. Les vaso-moteurs de l'œil paraissent contenus exclusivement dans le sympathique cervico-thoracique et dans le trijumeau. Le sympathique est à la fois constricteur et dilatateur pour le fond de l'œil; le trijumeau est dilatateur pour les deux segments antérieur et postérieur. L'union des éléments du sympathique et du trijumeau se fait au niveau du ganglion de Gasser pour la rétine, loin des centres pour les vaisseaux de la partie antérieure de l'œil. DASTRE.

Mécanisme de l'occlusion des paupières après la section des nerfs de l'orbiculaire, par E. CHANTRE (*Archives de physiologie*, *p.* 629, 1891).

L'orbiculaire des paupières est innervé chez le chien, l'âne et le cheval par deux branches, l'une interne, l'autre externe, qui proviennent du nerf facial supérieur. Si l'une de ces branches vient à être sectionnée, l'autre la suppléera et pourra toujours, en agissant sur son propre territoire musculaire, amener une fermeture des paupières plus ou moins parfaite. Pourvu donc qu'une moitié de l'orbiculaire ait conservé son innervation, la lubréfaction de la surface cornéenne se fera toujours, et il ne se produira pas de larmoiement. Immédiatement après la section des nerfs de l'orbiculaire, la paupière supérieure présente des mouvements d'abaissement et d'élévation passifs, tenant à la rétraction reflexe du globe oculaire. Au bout d'un certain temps après les sections nerveuses (deux mois et demi chez le chien), la fente palpébrale peut se fermer sous l'influence de la contracture énergique des muscles de la face aidée par la rétraction du globe de l'œil. L'intervention des muscles de la face est déterminée par une déviation du reflexe sur la branche inférieure du facial. Cette modification dans la direction du reflexe s'ac-

compagne d'une augmentation de l'excitabilité du centre correspondant.

DASTRE.

Zur Physiologie der Cephalopoden Retina, par Bernhard RAWITZ (*Archiv für Physiologie*, *p.* 367, 1891).

On sait que chez les vertébrés le pigment noir contenu dans les prolongements cellulaires de l'épithélium rétinien s'avance entre les articles externes des cônes et des bâtonnets sous l'influence de la lumière. Dans l'obscurité, au contraire, le pigment abandonne la région des cônes et des bâtonnets. Les yeux des arthropodes présentent un phénomène analogue; le pigment abandonne également les éléments sensibles de la rétine sous l'influence de l'obscurité.

LÉON FREDERICQ.

Recherches sur la perméabilité de la peau, par TRAUBE MENGARINI (*Archives italiennes de biologie*, *XVI*, *p.* 159, 1891-1892, *et Rendi Conti della R. Accad. dei Lyncei*, *VII*, *fasc.* 5).

Les frictions avec la pommade mercurielle prouvent le passage du mercure dans les follicules. Les bains et les pulvérisations ont amené les uns à affirmer le passage de l'iode, de l'acide salicylique, du carmin d'indigo, dans les urines: les autres nient l'introduction par la peau. L'auteur reprend ces recherches en étendant sur la peau avec un pinceau, les liquides suivants: carmin boracique, cyanoferrure de potassium, teinture d'iode médicinale. Les conclusions sont que les couches cornées sont perméables. Une solution pénètre avec facilité jusqu'à la couche granuleuse et parfois dans les cellules superficielles de la couche granuleuse. Quand les couches cornées sont imprégnées d'une substance, elles lui ferment le passage et les bains et les badigeonnages successifs sont inutiles. Mais il n'en est pas de même pour les corps qui, comme l'iode attaquent la peau, c'est-à-dire se combinent à la graisse et à la kératine.

DASTRE.

Recherches d'électrothérapie. La voltaïsation sinusoïdale, par A. D'ARSONVAL (*Archives de physiologie*, *p.* 69, 1892).

En portant le temps en abcisses et les variations du potentiel au point excité en ordonnées, on a une courbe qui est la *caractéristique d'excitation*. Elle donne la forme physique de l'onde électrique d'excitation. C'est d'elle que dépend l'action de l'électricité sur les nerfs et les muscles. Pour tracer la forme de l'onde électrique, l'auteur imagine un appareil inscripteur des ondes électriques. Le courant que l'on emploie passe dans une bobine extrêmement légère collée au centre d'une membrane de tambour, verticalement. Ce tambour communique avec un tambour inscripteur très allégé. La bobine galvanométrique plonge plus ou moins dans un champ magnétique annulaire très puissant, suivant les variations du courant. C'est ce déplacement qui est enregistré. Cet appareil convient pour les machines magnéto-électriques médicales. On obtient ainsi des graphiques formés d'une suite d'ondulations plus ou moins règulières. Le plus souvent il y a des ressauts, des crochets, des plateaux. On n'a point une sinusoïde régulière. On peut, en modifiant ces machines obtenir une véritable sinusoïde. On emploie un aimant permanent circulaire ayant ses pôles aux extrémités d'un même diamètre, tournant en face

d'un électro-aimant dont l'écart des pôles est le même. On obtient des courants plus ou moins intenses en faisant varier la distance de l'aimant tournant à l'électro-aimant : on fait varier la fréquence en faisant varier la vitesse de rotation. Le courant est sinusoïdal. Il ne produit aucune contraction musculaire ni aucune impression douloureuse. Il produit une action électrique spéciale qui se traduit par une augmentation considérable des échanges gazeux respiratoires. Il agit comme le bain statique sur la nutrition. DASTRE.

Sensibilité de l'écorce cérébrale à l'excitation chimique. Contribution à l'étude de la pathogenèse de l'épilepsie et de la chorée, par G. GALLERANI et F. LUSSANA (*Archives italiennes de biologie, XV, p.* 396, 1891, *et Arch. per le scienze mediche, n°* 2, 1891).

Application de diverses substances sur les hémisphères à nu du chien, lapin, pigeon. Voici les conclusions : 1° non seulement les centres moteurs, mais encore les centres sensitifs de l'écorce cérébrale peuvent être excités chimiquement ; 2° il faut distinguer une diffusion physique et une diffusion physiologique ; 3° dans l'écorce cérébrale des pigeons, il n'existe pas de centres moteurs et il existe, au contraire, des centres sensitifs ; 4° il y a des convulsions épileptiques produites par excitation de l'écorce cérébrale (créatine) et par l'excitation des centres basilaires (cinchonidine); 5° les phénomènes choréiques ont été déterminés seulement par les excitants chimiques agissant sur les centres moteurs cérébraux. DASTRE.

CHIMIE MÉDICALE.

I. — Der Einfluss der als Gährungsprodukt der Cellulose gebildeten Essigsaüre auf den Gaswechsel (Influence de l'acide acétique résultant de la fermentation de la cellulose sur l'échange gazeux), par A. MALLÈVRE (*Archiv für die gesammte Physiologie, XLIX, p.* 460).

II. — Bemerkungen uber die Verdauung und den Nährwerth der Cellulose (Remarques sur la digestion et la valeur alimentaire de la cellulose, par N. ZUNTZ (*Ibidem, XLIX, p.* 477).

I. — La solution de la cellulose dans l'intestin est un processus microbien (Tappeiner); elle aboutit à la production d'acide carbonique (33 grammes 0/0 de cellulose), de gaz des marais (4,7) d'acide acétique (33,6) et d'acide butyrique (33,6). La valeur de la cellulose appréciée par sa capacité calorifique serait 414 calories, 6. Une partie est perdue : celle qui correspond à l'action fermentative, d'après l'auteur, est rayonnée au dehors, sans profit; de même celle qui correspond au gaz des marais, lequel est éliminé. L'acide butyrique épargne les hydrates

de carbone (J. Munk). L'auteur étudie l'acétate de soude : son coefficient respiratoire est environ 0.05 ; l'alcalescence du sang est augmentée de moitié : la consommation d'oxygène de 10 à 17 0/0. La valeur d'épargne de l'acide acétique est 75 0/0 de sa valeur thermique. Il ne s'en élimine point par l'urine. Le cœur est accéléré ainsi que les mouvements péristaltiques de l'intestin. La valeur nutritive de la cellulose est inférieure à celle des autres hydrates de carbone.

II. — Chez les ruminants, la cellulose aurait une valeur alimentaire comparable à celle des autres hydrates de carbone, d'après l'École de Gœttingue. Au contraire, chez le cheval cette valeur serait moindre, d'après Wolff, Zuntz, Mallèvre. Cela tient aux circonstances de la digestion. Les enveloppes cellulosiques sont entamées dans le préestomac des ruminants : les matières hydro-carbonées sont consommées par le ferment cellulosique de préférence à la cellulose. Chez le cheval la fermentation a lieu dans le gros intestin seulement. Les hydrates de carbone, mis en liberté, y sont absorbés moins activement que dans l'intestin grêle. De même l'asparagine qui, chez le chien, ne produit aucune épargne d'albuminoïdes, en produit chez les ruminants parce qu'elle sert, à la place de ceux-ci, au développement des agents de la fermentation cellulosique. DASTRE.

Sulla costituzione morfologica dei cristalli di emina, par S. OTTOLENGHI (*Giornale della R. Accad. di medicina di Torino*, *p.* 351, *juin* 1891).

Avec une bonne méthode de préparation, on peut toujours obtenir avec le sang frais d'un sujet bien portant des cristaux réguliers rhomboédriques d'hémine et un très petit nombre de cristaux irréguliers. A conditions techniques égales et également exactes le processus de cristallisation peut avec du sang altéré être complet, c'est-à-dire donner des cristaux typiques rhomboédriques, ou incomplet et donner seulement des granulations informes ou des cristaux de formes anormales. Quelques états pathologiques et quelques infections (tuberculose, méningite cérébro-spinale, iléotyphus, anémies graves, charbon, scorbut) ne modifient pas le processus de cristallisation de l'hémine. Dans les empoisonnements par l'arsenic, le phosphore, le cyanure de potassium, le sublimé, les acides sulfurique, nitrique, phénique, l'ammoniaque, le sulfate de cuivre, la strychnine, la morphine, l'atropine, les cristaux d'hémine sont absolument normaux ; dans les empoisonnements par la potasse caustique, le chlorate de potasse, l'oxyde de carbone, les cristaux sont très irréguliers avec prédominance de formes spéciales, cristaux rhombiques et ellipsoïdes. La putréfaction peut dans certains cas modifier le processus de cristallisation, mais ne l'empêche pas. GEORGES THIBIERGE.

Ueber den Einfluss der Nahrung auf die Zusammensetzung der Blutasche (Influence de l'alimentation sur la composition des cendres du sang), par K. LANDSTEINER (*Zeitschrift für physiol. Chemie*, *XVI*, *p.* 13-20).

Contrairement aux résultats admis par Verdeil, Gorup-Besanez, Bunge, etc., l'auteur arrive à cette conclusion que l'alimentation n'a qu'une influence très douteuse sur la composition des cendres du sang. Ses expériences ont porté sur 30 lapins, dont la moitié étaient nourris au lait de vache et l'autre moitié au foin; c'est-à-dire que le rapport de la

potasse à la soude ingérées était sensiblement le triple chez une moitié des animaux de ce qu'il était chez les autres : ce rapport s'est trouvé être identique ou à peu près dans les cendres du sang des animaux des deux catégories. AD. F.

I. — Sur la composition de l'hémocyanine, par A. B. GRIFFITHS (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 29 *février* 1892).

II.— Sur la matière colorante bleue du sang des crustacés, par F. HEIM (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 26 *mars* 1892).

I et II. — Reprenant l'étude de l'hémocyanine, Heim arrive à des conclusions presque en tout opposées à celles bien connues de Fredericq. En effet, d'après ces nouvelles données, l'hémocyanine diffère essentiellement de l'hémoglobine par l'absence d'un métal dans sa molécule, par son pouvoir absorbant presque nul pour l'oxygène, par sa non-combinaison avec l'oxyde de carbone, etc. Il n'y aurait donc pas lieu de voir dans l'hémocyanine du sang des invertébrés un véhicule d'oxygène comparable à l'hémoglobine des vertébrés.

Au contraire, dans son étude sur la composition de l'hémocyanine, Griffiths constate, dans l'hémocyanine, la présence du cuivre. Il lui trouve une composition bien uniforme ; elle est plus stable que l'hémoglobine. M. DUVAL.

Sur la formation de l'oxyhémoglobine au moyen de l'hématine et d'une matière albuminoïde, par BERTIN-SANS et MOITESSIER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 11 *avril* 1892).

Sous l'influence des acides et de la chaleur, l'oxyhémoglobine se décompose en hématine et en matière albuminoïde ; mais jusqu'à présent les essais entrepris pour réaliser la synthèse de la matière colorante du sang à l'aide de ses produits de décomposition, n'ont pas donné de résultats concluants. Les nouvelles recherches établissent que, dans des conditions diverses, dont quelques-unes sont très simples, l'hématine peut s'unir à la matière albuminoïde pour donner d'abord de la méthémoglobine, puis de l'oxyhémoglobine. Il reste cependant encore à fournir une sanction définitive à cette manière de voir en obtenant des cristaux d'hémoglobine de synthèse. M. DUVAL.

Sur l'azote du sang, par F. JOLYET et C. SIGALAS (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 21 *mars* 1892).

Le coefficient d'absorption du sang pour l'azote est plus grand que celui du sérum. Une certaine quantité d'azote est donc absorbée par les globules ; et en effet l'expérience montre que le coefficient d'absorption du sang pour l'azote augmente avec le nombre des globules contenus dans le liquide sanguin, diminue après la destruction de ces globules. Cet azote, fixé par le globule, est-il combiné, dissous, ou forme-t-il une couche gazeuse adhérente à la surface du globule. C'est à cette dernière opinion que se rallie l'auteur, après avoir montré qu'avec l'hydrogène on obtient les mêmes résultats qu'avec l'azote : il explique ainsi comment le coefficient d'absorption du sang est moins augmenté par les globules pour l'hydrogène que pour l'azote, les expériences des physi-

ciens ayant montré que, dans la condensation des gaz par les solides, l'hydrogène est de tous le moins énergiquement retenu. L'adhérence énergique des gaz ainsi condensés par les globules explique aussi pourquoi l'azote du sang ne suit pas exactement la loi de Dalton. M. DUVAL.

Sur le suc gastrique et la digestion pepsique de l'albumine, par Ch. CONTEJEAN (*Archives de physiologie, p.* 259, 1892).

Le suc gastrique du chien ne renferme jamais d'acide chlorhydrique libre. L'auteur vérifie, en effet, ce qui a été annoncé déjà bien souvent (Sorel, etc.), à savoir que le suc gastrique distillé dans le vide à 40° à consistance sirupeuse ne fournit pas trace d'acide chlorhydrique. Pour déceler l'acide chlorhydrique faiblement combiné, l'auteur emploie l'hydrocarbonate de cobalt. Celui-ci est, à la longue, transformé en chlorure de cobalt soluble dans l'alcool, tandis que le lactate est insoluble. Il y a toujours des traces d'acide lactique dans le suc gastrique comme il y en a dans le sang.

Le suc du chien additionné de 10 grammes par litre de nitrate de soude contient au bout d'une heure des traces d'acide nitrique libre. La muqueuse peut sécréter un acide différent de l'acide chlorhydrique si l'on sature l'organisme d'un sel autre que le chlorure de sodium.

L'auteur étudie l'action du suc gastrique artificiel sur l'albumine coagulée.

En résumé, la pepsine transforme totalement l'albumine coagulée en syntonine, la syntonine en propeptone ; presque complètement la propeptone en peptone. La transformation complète est empêchée par l'acide. Cette interprétation est contraire à celles de Meissner, de Kühne et Chittenden. L'antialbumose de ces derniers auteurs n'est que de la syntonine modifiée et rendue inattaquable à la pepsine : c'est une production artificielle. DASTRE.

La sécrétion chlorée de l'estomac, par G. CAVALLERO et S. RIVA-ROCCI (*Archives italiennes de biologie, XVI, p.* 399, 1891, *et Gazetta medica di Torino, n°* 30, 1891).

L'adjonction de NaCl aux aliments n'augmente jamais l'acide chlorhydrique libre ni le chlore organique. Le chlore fixe du chyme diminué de celui de repas d'essai est toujours une quantité constante, tandis que la somme de l'acide chlorhydrique libre et du chlore organique varie aussi. Le chlore fixe et le chlore organique ont une marche absolument indépendante : le chlore fixe va toujours en augmentant du commencement à la fin de la digestion : le chlore organique a une période d'augment, d'état, de décroissance. Si on lave l'estomac avec de l'eau distillée, on peut démontrer l'acide chlorhydrique libre dans le repas d'eau distillée administré ensuite. Les auteurs croient donc que l'estomac sécréte de l'acide libre. La formule d'Hayem et Winter $\frac{A-H}{C} = \alpha$ ne permet de déterminer la valeur du chlore neutre qui s'est produit éventuellement dans l'estomac que lorsqu'on connaît la valeur des acides organiques et le chlore neutre du repas d'essai. 1° En déterminant les valeurs maximum du chlore de l'acide chlorhydrique libre, C et H, ainsi que le moment où ces valeurs maxima sont atteintes, on peut juger de l'intensité

et de l'activité de la sécrétion stomacale, il faut cependant déterminer en même temps l'état de la fonction d'absorption, parce qu'elle influe sur C et H.; 2° La présence de chlore neutre d'origine stomacale dans le chyme gastrique représente un fait morbide. Il résulte probablement de l'union d'une partie de H Cl sécrété avec des bases dérivées de la décomposition des albuminoïdes ingérés. La détermination permettrait de doser l'intensité de cette décomposition. DASTRE.

Ueber die Bindung der Salzsäure durch Amidosäuren (Sur la fixation de l'acide chlorhydrique par les acides amidés), par E. SALKOWSKI (*Centralbl. f. med. Wiss.*, *p.* 945, 1891).

La digestion de la fibrine par la pepsine en solution chlorhydrique n'est pas influencée par la présence des acides amidés (leucine, glycocolle, etc.) lorsqu'on se place dans des conditions favorables. La présence de la leucine et du glycocolle ne devient nuisible que si l'on emploie une très grande quantité de matière albuminoïde à digérer, ou si celle-ci est difficile à dissoudre par le suc gastrique. L. F.

Aciditat des Magensaftes (Acidité du suc gastrique), par GERGEL et BLARS (*Zeitschrift f. klin. Medicin.*, *XX*, *p.* 232).

Après le repas d'épreuve d'Ewald, la quantité d'acide chlorhydrique contenu au bout d'une heure dans l'estomac normal serait d'environ $0^{gr},50$. Les variations individuelles peuvent la faire osciller de $0^{gr},30$ à $0^{gr},60$. Mais en dehors de ces limites, un trouble de la sécrétion stomacale est probable.

Cette quantité absolue d'acide chlorhydrique n'est nullement proportionnée à la quantité pour cent. Il importe de séparer avec le plus grand soin l'acidité relative et absolue du suc gastrique. La première est très variable. La seconde paraît beaucoup plus constante. A.-F. PLICQUE.

Eine neue Methode zur quantitativen Bestimmung der Salzsäure im Mageninhalt (Nouvelle méthode pour le dosage quantitatif de l'HCl), par LÜTTKE (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 49, *p.* 1325, 1891).

L'auteur s'est préoccupé de déterminer directement, pendant toutes les phases de la digestion, la quantité d'HCl sécrété, que cet HCl soit libre ou combiné.

Sa méthode repose sur ce fait que les combinaisons organiques et les combinaisons inorganiques du chlore ne résistent pas de la même manière à l'action de la chaleur. Les premières (combinaisons de l'HCl avec les albuminoïdes, par exemple) se décomposent à la chaleur et l'HCl est mis en liberté. Les secondes, au contraire, les chlorures, ne se décomposent qu'au rouge vif, pour abandonner le chlore (sauf le chlorhydrate d'ammoniaque, qui existe chez les animaux mais non chez l'homme).

Quand on a brûlé les composés organiques du contenu de l'estomac, on peut évaluer la quantité de chlore des combinaisons inorganiques. En comparant ce chiffre à celui du chlore total, on voit que la différence donne la quantité de chlore qui a existé, lié à l'hydrogène, sous forme d'HCl.

Voici le détail des manipulations :

1° Détermination du chlore total. On met dans une éprouvette 10 cen-

timètres cubes du contenu gastrique ; on ajoute 20 centimètres cubes de solution de nitrate d'argent à 10 0/0, 1 centimètre cube de solution de sulfate de fer et 69 centimètres cubes d'eau. On filtre. 50 centimètres cubes du liquide filtré sont titrés à l'aide de la solution de rhodanate d'ammoniaque à 10 0/0. La quantité de solution rhodanique utilisée étant multipliée par 2, on retranche le nombre obtenu de celui qui représente la solution argentique (20^{cc}), la différence des deux nombres représente le chlore total.

2° Détermination du chlore combiné. 10 centimètres cubes du contenu gastrique sont desséchés dans une capsule de platine ; la masse est brûlée dans la flamme ; le résidu carbonisé est mélangé à 100 centimètres cubes d'eau tiède et filtrée. Au produit de la filtration, on ajoute 10 centimètres cubes de solution de nitrate d'argent et 1 centimètre cube de solution de sulfate de fer, puis on titre à l'aide du rhodanate d'ammoniaque. En retranchant la quantité de solution rhodanique utilisée du chiffre de la solution argentique (10^{cc}), on a le chiffre du chlore combiné.

Quand on a retranché le chlore combiné du chlore total, on multiplie par 0,00365 pour connaître la masse absolue d'HCl.

Les manipulations durent 45 minutes. L. GALLIARD.

Ueber eine neue Methode zur quantitativen Bestimmung der Peptone im Mageninhalt (Méthode nouvelle pour la détermination quantitative de la peptone dans le contenu stomacal), par RIVA-ROCCI (*Centrbl. f. klin. Med.*, n° 47, *p.* 897 ; 1891).

Le contenu de l'estomac ayant été préalablement filtré, on recherche premièrement la quantité totale des substances albuminoïdes contenues dans dix centimètres cubes de liquide, en les précipitant peu à peu par l'alcool absolu; on filtre le précipité et on le pèse après l'avoir séché à l'étuve.

On détermine en second lieu dans dix autres centimètres cubes les substances albuminoïdes encore coagulables par la méthode de Devoto.

Troisièmement enfin, dans une même quantité de liquide gastrique, on précipite par le sulfate de magnésie toutes les substances albuminoïdes à l'exception des peptones. Le précipité est recueilli sur un filtre ne donnant pas de cendres et on le lave avec la solution de sulfate de magnésie jusqu'à ce qu'il ne donne plus la réaction picrique; on le sèche et on le pèse. Puis on calcine le filtre et son contenu; il reste alors le sulfate de magnésie seul, que l'on pèse (en majorant son poids de 15 0/0 pour l'eau de cristallisation). Le poids du précipité diminué du poids du sulfate de magnésie donne celui des matières albuminoïdes autres que les peptones.

En soustrayant ce troisième chiffre du résultat de la première opération, on a le poids des peptones; en le soustrayant de celui de la seconde on a le poids de l'hémialbumose. LEFLAIVE.

Eine eimpfindliche Reaction auf Eiweiss im Harne, par Ed. SPIEGLER (*Beritche der deutschen chemischen Gesellschaft*, *XXV*, *p.* 375).

L'auteur utilise, pour la recherche de l'albumine dans les urines, le réactif suivant :

Eau distillée.	200
Sublimé.	8
Acide tartrique.	4
Sucre de canne.	20

On verse ce réactif dans une éprouvette et on y ajoute peu à peu l'urine à examiner, préalablement acidulée par l'acide acétique et filtrée s'il y a lieu, en évitant de mélanger les deux liquides. Si l'urine renferme de l'albumine, on voit se produire à la surface de séparation un précipité blanc. La réaction est encore sensible pour une urine renfermant 1 cent cinquante millième d'albumine. AD. F.

Un nouveau réactif de l'albumine et des autres protéides, par MAC WILLIAM (*Journal de Pharmacie et de Chimie XXV, p.* 128).

L'auteur recommande l'emploi d'une solution aqueuse saturée d'acide salicylsulfonique, qui précipite toutes les protéides (albumines, syntonines, globulines, fibrine, albumoses, peptones) : dans le cas d'une albumose ou d'une peptone, le précipité se dissout par l'ébullition pour reparaître par le refroidissement.

Ce réactif serait, d'après l'auteur, d'un emploi commode pour la recherche des albuminoïdes dans l'urine, puisqu'il précipite toutes ces substances et qu'il ne précipite qu'elles. AD. F.

Die Auflösung des Fibrins durch Salze und verdünnte Säuren (La dissolution de la fibrine par les sels et les acides dilués), par Claudio FERMI (*Zeits. für Biologie, XXVIII, p.* 229, 1892).

La fibrine se dissout lentement dans les acides dilués. La dissolution ne peut être attribuée à un dépôt de pepsine qui existerait à la surface de la fibrine. La dissolution est plus rapide dans l'acide chlorhydrique que dans les autres acides ; la fibrine de porc se dissout plus rapidement que celle de bœuf. La fibrine de porc ne se dissout pas beaucoup plus vite dans la pepsine acidulée par HCl 5 0/00 que dans HCl 5 0/00 pur.

Il faut tenir compte de ces faits dans les essais de recherche des ferments peptique et tryptique au moyen de la fibrine, et ne conclure à la présence d'un ferment peptonisant que si le liquide de digestion donne les réactions de la propeptone ou de la peptone. LÉON FREDERICQ.

De l'alcaptonurie, par L. GARNIER et G. VOIRIN (*Archives de physiologie, p.* 225, 1892).

Les auteurs sont amenés à examiner l'urine d'un malade polyurique, réduisant la liqueur cupro-potassique comme la glucose, mais sans action sur la lumière polarisée. Ils concluent à l'existence de l'alcaptone. L'alcaptone a été signalée et nommée par Bœdeker, en 1859, retrouvée par Fürbringer, en 1875, étudiée par Wolkow et Baumann, en 1891 et extraite par eux. Cette substance est l'acide homogentisinique, ou dioxyphénylacétique. ($C^8H^8O^4$.) Il semble, comme les autres composés aromatiques éliminés par les urines, se former dans l'intestin grêle sous l'influence de certains ferments organisés. La production aurait lieu d'abord de tyrosine que les microorganismes transformeraient en acide homogentisinique. Les caractères sont les suivants : coloration brune

par la potasse, réduction à froid du nitrate de potasse ammoniacal, réduction de la liqueur cupro-potassique, précipité jaunâtre devenant rouge à chaud par le réactif de Millon, coloration bleu-verdâtre par le chlorure ferrique. Inactivité sur la lumière polarisée. DASTRE.

Ueber das Verhalten des neutralen Schwefels... (Sur les variations du soufre neutralisé dans les troubles de nutrition et sur son oxydation dans l'organisme animal), par RUDENKO (*Archiv f. pathol. Anat., CXXVI*, 1)

Dans les processus qui activent le dédoublement des albuminoïdes, l'organisme perd la faculté d'augmenter les oxydations, qui diminuent. Dans les empoisonnements par le phosphore, on remarque une dégénérescence graisseuse et l'excrétion de l'acide sarcolactique par l'urine; dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, le sucre apparaît dans l'urine; dans la dyspnée artificielle, des quantités notables d'acide lactique sont éliminées par la même voie.

Dans certaines conditions, le soufre introduit à l'état neutre dans l'organisme subit une oxydation presque complète.

L'élimination du soufre neutralisé se fait beaucoup plus lentement que celle de l'acide sulfurique qui s'est formé. ÉD. RETTERER.

De la toxicité urinaire dans les maladies du foie, par SURMONT (*Arch. de méd., février et mars* 1892).

La toxicité urinaire est augmentée dans la cirrhose alcoolique, dans la tuberculose du foie (forme subaiguë), dans le cancer du foie, dans certaines formes d'ictère chronique, quelquefois dans la cirrhose hypertrophique d'Hanot.

Elle est normale ou diminuée dans la cirrhose alcoolique hypertrophique, le foie cardiaque. Dans les ictères infectieux, à forme catarrhale ou à forme grave, elle est normale ou diminuée pendant la période d'état et subit une augmentation notable au moment de la crise.

La toxicité urinaire est normale ou augmentée, suivant que la cellule hépatique est normale ou altérée.

Le pronostic est plus grave toutes les fois que la toxicité urinaire est augmentée, non d'une façon passagère et critique, mais d'une façon permanente. RICHARDIÈRE.

La xanthocréatinine dans l'urine, par C. COLASANTI (*Archives italiennes de biologie, XV*, 1891, *p.* 430, *et Bolletino della R. Accademia medica di Roma, XVII, fasc.* 2, 1890-1891).

L'auteur a recueilli l'urine du lion. L'urée y cristallise en écailles minces. La créatine y est démontrée par les réactions de Th. Weyl, de Jaffé et de Thudichum. En outre on obtient un corps jaune mêlé au chlorure de zinc et créatinine. C'est la xantho-créatinine de Gautier, Monari, etc. Elle proviendrait de ce que la créatine introduite en excès dans le sang serait éliminée comme allantoïne et xantho-créatinine. DASTRE.

Ueber den Nachweis und das Vorkommen von Pepton... (Recherche et présence de peptone dans les organes et le sang des leucémiques), par R. von JAKSCH (*Zeitschrift für physiol. Chemie, XVI, p.* 243-254).

1° Le sang des leucémiques ne présente pas une teneur constante en

peptone, pendant la vie; il est des cas où ce sang est très riche en peptone ;

2° Le sang des leucémiques renferme, après la mort, beaucoup de peptone, que l'on peut caractériser par la méthode de Hofmeister ;

3° La teneur en peptone de ce sang paraît augmenter pendant la putréfaction ;

4° La rate et le foie des leucémiques sont surchargés de peptone ; ce symptôme n'est pas caractéristique de la leucémie, car certains organes (rate) peuvent chez l'homme sain renfermer de grandes quantités de peptone ;

5° Les méthodes de Hofmeister et de Devoto, pour la recherche des peptones, conduisent quand on les applique aux organes, à des résultats différents : la première donne souvent un résultat positif là où la seconde ne conduit qu'à un résultat douteux ;

6° Pour l'analyse des exsudats, des transsudats et de l'urine, les deux méthodes de Hofmeister et de Devoto fournissent des résultats concordants. AD. F.

Untersuchungen über die quantitative Bestimmung der Phenolkörper des menschlichen Harns (Recherches sur le dosage des composés phénoliques de l'urine humaine), par RUMPF (*Zeitschrift für Physiol. Chemie, XVI, p.* 220-243).

Les méthodes de dosage des composés phénoliques de l'urine consistent toutes, à quelques détails près, à additionner l'urine d'un cinquième de son volume d'acide chlorhydrique, à distiller tant que le produit de la distillation se colore par l'eau de brome, enfin à ajouter au liquide ainsi obtenu un excès d'eau de brome, et à peser le précipité, qu'on considère comme du tribromophénol.

L'auteur s'est assuré que cette méthode donne des résultats extrêmement variables : 1° une solution de phénol pur, additionnée d'un excès d'eau de brome, donne un mélange en proportions variables de tribromophénol et de tribromophénol bromé ($C^6H^2Br^3.OBr$) ; 2° les crésols ne sont pas convertis par l'eau de brome en tribromophénol, mais donnent principalement des dibromocrésols ; 3° enfin, en appliquant la méthode à de grandes quantités d'urine, l'auteur a constaté que le précipité obtenu par l'eau de brome renferme un mélange d'au moins trois corps, parmi lesquels il a caractérisé le tribromophénol et le dibromoparacrésol.

La conclusion de ce travail est donc qu'on ne connaît actuellement aucune méthode de dosage exacte pour les composés phénoliques contenus dans l'urine humaine. AD. F.

Ueber das Vorkommen von Diaminen bei Krankheiten (Apparition des diamines dans les maladies), par E. ROOS (*Zeitschrift für physiol. Chemie, XVI, p.* 192).

Baumann et Udransky ont trouvé dans l'urine et dans les matières fécales d'un cystinurique la tétraméthylène et la pentaméthylène-diamine (putrescine et cadavérine) ; la seconde de ces deux bases a été retrouvée par Brieger et Stadthagen, également dans deux cas de cystinurie ; mais, jusqu'à présent, on n'avait rencontré de diamines dans aucune maladie autre que la cystinurie.

L'auteur a constaté, en employant la méthode de Baumann, la présence de la pentaméthylène-diamine dans les fèces d'un malade atteint d'une fièvre pernicieuse et d'une diarrhée sanguinolente contractées à Batavia. Il a aussi trouvé, dans les fèces d'un autre malade atteint de cholérine, une très petite quantité d'une substance qui paraît être la tétraméthylène-diamine. AD. F.

Optische Bestimmung der Albuminmenge in Harn (Dosage optique de l'albumine dans l'urine), par H. O. G. ELLINGER (*Journal für praktische Chemie, XLIV*, 256).

On effectue ce dosage au moyen de l'oléoréfractomètre d'Amagat et Jean. On mesure une certaine quantité d'urine, on la prive d'albumine par ébullition en présence d'une goutte d'acide acétique, on filtre et on ramène au volume primitif par addition d'eau. L'urine ainsi traitée n'a changé de composition qu'en perdant son albumine, substance plus réfringente que l'eau : on pourra donc y doser l'albumine en appréciant la diminution de son indice de réfraction. A cet effet, on remplit avec de l'urine non privée d'albumine le prisme creux, tandis que dans la cuve qui entoure ce dernier on verse l'urine privée d'albumine. Le nombre de divisions dont le rayon est dévié mesure la richesse en albumine : on doit au préalable apprécier la valeur en albumine de chaque division, à l'aide d'une solution type. AD. F.

De l'élimination des phosphates dans les maladies du système nerveux et de l'inversion de leur formule dans l'hystérie, par VOULGRE (*Thèse de Lyon, janvier* 1892).

Les questions d'alimentation, d'âge, de sexe mises à part, l'élimination de l'acide phosphorique par les urines est intimement liée au fonctionnement du système nerveux.

Dans l'hystérie non convulsive, la nutrition n'est pas normale ; le rapport qui existe entre les phosphates alcalins et les phosphates terreux est légèrement augmenté : de 3/1 il devient 3/15.

Dans l'hystérie convulsive et dans les urines des 24 premières heures qui suivent la crise, le rapport normal 3/1 tend à devenir 2/1, 1/1 et même 1/2 ; cette inversion n'est pas un signe pathognomonique de la crise d'hystérie ni même de l'hystérie non convulsive, puisqu'on la retrouve dans d'autres cas (paraplégie, épilepsie, neurasthénie, ataxie locomotrice, diabète phosphatique sans symptômes nerveux). On peut assimiler complètement, tant cliniquement et physiologiquement qu'au point de vue de l'élimination des phosphates, l'état de l'hystérique à celui d'un homme sain fatigué par une série d'efforts ; dans les deux cas, il y a tendance à l'inversion.

Dans l'épilepsie, l'élimination totale de l'acide phosphorique, en dehors de l'état de mal, paraît être normale ; après la crise, l'acide phosphorique total est augmenté, le rapport des phosphates alcalins aux phosphates terreux est aussi augmenté, il peut aller jusqu'à l'inversion.

Dans un cas d'ataxie locomotrice, l'auteur a constaté la diminution progressive de l'acide phosphorique total et l'augmentation du rapport des phosphates terreux aux phosphates alcalins allant jusqu'à l'inversion ; dans deux autres cas, les résultats ont été contraires.

Dans un cas de tic convulsif de la face et de paralysie agitante, l'élimination des phosphates se faisait normalement. Dans un cas de tabes, dans un cas de sclérose et dans un cas d'ataxo-paraplégie, ce rapport était considérablement diminué. Dans un cas de diabète phosphatique, il y avait inversion de la formule des phosphates.

L'excitation du système nerveux, et surtout par les courants électriques forts, modifie l'élimination des phosphates et augmente surtout celle des phosphates alcalins. GEORGES THIBIERGE.

Ueber Nucleoalbuminausscheidung im Harn (De la nucléoalbuminurie), par F. OBERMAYER (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 1, 1892).

La nucléoalbumine est une substance albuminoïde insoluble dans l'acide acétique, précipitable également par le sulfate de magnésie, ne donnant naissance à aucun corps réducteur lorsqu'on la chauffe en présence des acides étendus; elle est formée par la combinaison d'albumine et de nucléine, que la digestion met en liberté. Le phosphore entre dans sa constitution.

Pour constater sa présence, on dilue l'urine avec trois parties d'eau; on remplit du liquide deux tubes, dont l'un sert de témoin et dont l'autre est additionné d'acide acétique. S'il se produit un trouble, la présence de nucléoalbumine est probable. Pour la démontrer, on filtre; on redissoud le filtrat dans l'eau alcalinisée et on reprécipite par le sulfate de magnésie. Le précipité chauffé au bain-marie en présence de l'acide sulfurique à 5 0/0, puis neutralisé, ne doit pas réduire la liqueur de Fehling.

La nucléoalbumine a été trouvée en grande abondance dans les urines de six cas de leucémie. Elle s'est rencontrée en plus ou moins grande quantité dans les urines de 32 malades atteints d'ictère de causes variées, et son abondance a paru dépendre de l'intensité de l'ictère.

La nucléoalbuminurie a été trouvée très abondante dans 8 cas de diphtérie, à peine marquée dans 4 cas de néphrite scarlatineuse et quelques cas de maladie de Bright. Elle a été observée dans 2 cas de cystite, 1 cas d'atrophie hépatique et chez plusieurs malades traités par le sublimé, le naphtol, le pyrogallol, etc.

La nucléoalbumine peut provenir soit de la vessie, soit des reins. Dans ce dernier cas, elle a sa source dans une altération des épithéliums rénaux, des épithéliums des pyramides en particulier. LEFLAIVE.

Sur une nouvelle ptomaïne, par A. B. GRIFFITHS (*Bulletin de la Société chimique de Paris*, *VII*, 3, *p.* 250).

Les urines des érysipélateux renferment une ptomaïne, appelée par Griffiths *érysipéline*. Ce corps se présente en lamelles blanches, solubles dans l'eau, ayant pour formule $C^{11}H^{13}AzO^{3}$. Sa solution est facilement alcaline. Elle précipite par la plupart des réactifs des alcaloïdes, tannin, acide phosphotungstique, acide phosphomolybdique, acide picrique, réactif de Nessler, chlorure d'or, chlorure de zinc, chlorure mercurique, etc. Son chloroplatinate est cristallisé en aiguilles prismatiques.

L'érysipéline est vénéneuse : elle produit une forte fièvre et la mort dans les dix-huit heures. (L'auteur ne dit pas à quelle dose.) AD. F.

Des hydrozymases et de l'albumine dans la sueur de l'homme et des animaux, par J. GAUBE (*Mémoires de la Soc. de biologie, p.* 115, 1891).

L'auteur conclut de ses observations que : la sueur est acide au tournesol chez l'homme adulte et chez l'enfant. Elle est alcaline chez le cheval, le bœuf, le chat, le chien, le porc. La sueur de l'homme et des animaux contient de l'albumine (homme, 0,4 par 1,000, cheval 15 par 1,000). L'azote total est plus grand que l'azote de l'urée dans la sueur. L'excédent d'azote appartient en grande partie à l'albumine et aux albuminoïdes de la sueur. La sueur de l'homme et des animaux contient des ferments diastasiques au nombre de trois ; une amylase, une pepsine, une émulsine douteuse : au nombre de deux chez le cheval, une amylase et une pepsine. Ces ferments seraient d'ailleurs en quantité très faible. DASTRE.

Weitere Notiz zur Chimie des Samens (Nouvelle note sur la chimie du sperme, par C. POSNER (*Centralbl. für med. Wissensch.*, n° 13, 26 *mars* 1892).

La propeptone du sperme humain ne provient pas des spermatozoïdes ; ayant pu examiner un cas de spermatocèle (300cc) à liquide alcalin, opalin, sans odeur, et contenant, au microscope, de nombreux spermatozoïdes immobiles, il n'obtint aucune réaction de propeptone (désalbumination par filtration après ébullition en présence de NaCl) ; l'acide sulfurique, l'acide picrique, ne déterminèrent aucun précipité ; pas de réaction du biuret. La propeptone provient donc des glandes accessoires, peut-être de la prostate. PAUL TISSIER.

Ueber die Einwirkung des Tuberculins... (De l'influence de la tuberculine sur la formation des matières colorantes biliaires), par G. HOPPE-SEYLER (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXVIII*, 1).

Chez plusieurs malades auxquels on avait pratiqué une injection de tuberculine, Hoppe-Seyler vit apparaître de la polycholie, qui se traduit par de l'ictère et l'augmentation de l'urobiline dans l'urine. L'urobiline ne devient plus abondante dans l'urine que quand l'organisme réagit, après l'injection de la tuberculine, par de la fièvre et d'autres troubles locaux. Il est donc très probable que la tuberculine détruit l'hémoglobine, lorsqu'elle est introduite en quantités notables. ÉD. RETTERER.

Ueber die chemische Natur des wirksamen Stoffes im Koch'schen Tuberculin, par HAHN (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 1, *p.* 24, 1er *janvier* 1892).

Sous la direction de Nencki, Hahn est parvenu, en neutralisant la tuberculine purifiée de Klebs et en la traitant par le sulfate d'ammoniaque, à en retirer une substance appartenant au groupe des albumoses. Hahn s'est assuré, sur lui-même et sur une lupique, que cette toxalbumose avait les mêmes effets que la tuberculine ordinaire. Elle présente certaines ressemblances de propriétés avec les matières albuminoïdes toxiques des araignées, des serpents, etc.

Cette préparation de l'élément actif de la tuberculine à l'état de pureté ne saurait vraisemblablement avoir d'intérêt pratique, car, à dose plus forte, il détermine les mêmes effets fâcheux, notamment sur le cœur, que la lymphe de Koch.

Dans la discussion, Nencki fait remarquer l'impossibilité, désormais certaine, d'extraire de la tuberculine un corps qui en ait l'action sans en avoir les mauvais effets; d'autre part, qu'il est inexact de dire avec Klebs que sa tuberculine purifiée ne provoque pas de fièvre, puisque Hahn a noté le contraire, tant sur lui que sur une malade. La toxalbumose de la tuberculine doit être rangée à côté du poison du serpent à lunettes, qui supporte aussi la température de l'ébullition. J. B.

Ueber den keimgehalt der Frauenmilch (Sur les bactéries contenues dans le lait de femme), par M. COHN et NEUMANN (*Archiv f. pathol. Anat., CXXVI*, 3).

Sur 48 essais positifs, Cohn et Neumann trouvèrent 43 fois des staphylocoques dans le lait. Ils observèrent d'autant moins de bactéries qu'ils examinèrent le lait à un moment plus rapproché de sa sécrétion. Comme, d'autre part, les bactéries sont d'autant plus abondantes qu'on étudie du lait ayant séjourné plus longtemps dans les canaux galactophores, il est probable que ces microorganismes ont pénétré de l'extérieur dans la mamelle.

Le plus souvent les bactéries ne produisent aucune altération dans le lait et n'ont aucune influence nocive sur le nourrisson. ÉD. RETTERER.

Der Uebergang des Alkohols in die Milch (Le passage de l'alcool dans le lait) par F. KLINGEMANN (*Archiv f. pathol. Anat., CXXVI*, 1).

En faisant ingérer à une chèvre une dose modérée d'alcool (50^{ccm}). Klingemann ne trouva point d'alcool dans le lait. En augmentant la quantité d'alcool ingéré, il put constater la présence de traces d'alcool dans le lait. Sur 100 à 200^{cmc} d'alcool ingéré, il n'en passe que $0^{cmc}5$ dans le lait.

Étendant ses recherches sur la femme, il ne put trouver d'alcool dans le lait, même en donnant de 46 à 57^{cmc} d'alcool. Il est très possible qu'en ingérant une quantité plus forte d'alcool, une certaine partie passe dans le lait, mais en proportions si minimes que l'alcool me produirait aucun effet nuisible à l'enfant.

Ces expériences furent faites avec de l'alcool éthylique; mais, ajoute l'auteur, la mauvaise eau-de-vie, contenant de l'alcool amylique, serait capable, dans ces conditions, de produire l'intoxication du nourrisson.

ÉD. RETTERER.

Untersuchungen über den Nährwerth und die Ausscheidung des Alcohols (Recherches sur la valeur alimentaire et l'élimination de l'alcool, par F. STRASSMANN (*Archiv für die gesammte Physiologie, XLIX, p.* 315, 1891).

1° Deux chiens de même portée, âgés de deux mois, sont soumis au même régime, à cette différence près que l'un reçoit en moins de trois mois 880 grammes environ d'alcool par kilog. de son poids. On les sacrifie : on analyse : le chien alcoolisé fournit 124 grammes de graisse; l'autre 97 gr. 5 cent. Et cependant il ne pesait que 6,700 grammes tandis que l'autre pesait 9,700 grammes. Mêmes résultats dans une seconde série de trois chiens. Le poids du cerveau est sensiblement constant, mais le poids relatif du foie, des reins, du pancréas, est accru chez le chien alcoolique; 2° les quantités d'alcool éliminées par les reins et le

poumon sont respectivement 1.57 0/0 et 1.94 1/2 chez le chien : chez l'homme 1.77 et 1,59 d'après Bodländer.

L'auteur reprend la détermination de l'alcool expiré (au moyen de la coloration de l'acide chromique) chez l'homme. Il trouve que la quantité excrétée par les poumons est de 5 à 6 0/0 ; elle s'élève à 7,9 dans le cas de respiration élevée par l'exercice physique ; celle qui est enlevée par les urines reste toujours faible, 1 0/0 environ dans les cas les plus favorables. En somme 90 0/0 de l'alcool sont brûlés dans l'organisme. C'est à la fois un aliment et un toxique. DASTRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

I. — Ueber die schlummernden Zellen des... (Sur les cellules « dormantes » du tissu conjonctif et la façon dont elles se comportent dans les troubles de nutrition progressifs), par P. GRAWITZ (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXVII*, 1).

II. — Schlummernden Zellen im normalen u. pathologisch veränderten Fettgewebe (Cellules « dormantes » dans le tissu adipeux normal ou ayant subi des modifications pathologiques), par H. SCHMIDT (*Ibidem*, *CXXVIII*, 1).

I. — Grawitz étudie la façon dont se comportent les éléments du tissu conjonctif dans certaines altérations de nutrition.

Dans le furoncle, par exemple, le tissu conjonctif est le siège d'une nutrition plus active : les faisceaux conjonctifs montrent une quantité de noyaux qui étaient invisibles jusqu'alors ; les fibrilles disparaissent et le corps cellulaire s'individualise autour de chaque noyau. Puis les cellules ainsi formées se divisent par karyokinèse ; de cette façon prennent naissance les foyers « d'infiltration formés de petites cellules. » Celles-ci dérivent de cellules qui préexistaient dans le tissu conjonctif, quoique non apparentes (*cellules dormantes*).

Il décrit ensuite l'état anatomique et microscopique du tissu conjonctif dans les lésions suivantes : 1° abcès chronique ; 2° phlegmon avec streptocoques ; 3° périostite suppurée ; 4° ulcère phagédénique ; 5° phlegmon produit par l'injection d'essence de térébenthine sous la peau d'un chien, et 6° plusieurs autres formations pathologiques.

Les cellules dormantes se comportent dans ces divers troubles d'une façon analogue à ce que nous avons constaté dans le furoncle.

Grawitz montre, en résumé, qu'il existe, dans le tissu conjonctif normal, des cellules qui ne sont ni des cellules conjonctives fixes, ni des globules blancs. Elles figurent des cellules dont le protoplasma est devenu fibrillaire et dont le noyau se dérobe, dans les conditions ordinaires à l'observateur. Ce sont des cellules conjonctives à l'état de sommeil ou de vie latente ; ce sont des cellules dormantes ou latentes. Que survienne une irritation dans le tissu conjonctif, le noyau de ces cellules se charge

de nouveau de chromatine ; il devient colorable et s'entoure d'un corps cellulaire. Plus tard, le noyau se met à se diviser en présentant tous les phénomènes de la karyokinèse.

En dissociant des bourgeons charnus ou du tissu inodulaire frais, Grawitz a pu y montrer des corps fusiformes pourvus d'un noyau ovalaire sans trace de corps cellulaire. Le noyau se continue directement avec un faisceau délié de fibrilles conjonctives. Autrement dit, le faisceau de fibrilles conjonctives représente le corps cellulaire du noyau. Pour Grawitz, les fibrilles conjonctives prennent naissance dans le protoplasma des cellules conjonctives.

II. — Dans le tissu muqueux de l'embryon (tissu conjonctif embryonnaire), la graisse se produit dans des cellules arrondies, ovales ou fusiformes : on voit apparaître dans leur protoplasma des gouttelettes de graisse qui confluent; le reste du protoplasma est refoulé à la périphérie et renferme le noyau. Plus tard, le protoplasma des cellules qui se trouvent dans le voisinage de la cellule adipeuse *uni-nucléaire* se confond avec la membrane cellulaire de celle-ci et il en résulte un accroissement notable. La membrane cellulaire, d'abord uni-cellulaire, contient alors deux noyaux. La jonction de nouveaux éléments cellulaires à cette vésicule adipeuse amène la formation du complexus adipeux, qu'on a désigné jusqu'aujourd'hui sous le nom de cellule adipeuse. Les nouvelles cellules qui s'adjoignent au complexus adipeux pâlissent, leur protoplasma devient homogène et passe à l'état de vie latente : ce sont des cellules dormantes. Au point de jonction des vésicules adipeuses, on reconnaît la présence d'un noyau.

La prétendue cellule adipeuse des auteurs résulte donc de la confluence de plusieurs cellules : celles-ci ont produit de la graisse, qui est renfermée dans le reste du protoplasma ou membrane cellulaire; les noyaux ont passé à l'état de vie latente, sauf un seul, qui a été considéré jusqu'aujourd'hui comme le noyau de la cellule originelle devenue adipeuse.

Sous l'influence des processus irritatifs, le complexus cellulaire se résout à nouveau en ses éléments primitifs, c'est-à-dire que la membrane homogène laisse apparaître des noyaux et le protoplasma qui entoure chaque noyau reconstitue avec lui une nouvelle cellule. Celle-ci acquiert toutes les propriétés d'une cellule fixe du tissu conjonctif. Elle prolifère par une voie karyokinétique et donne naissance, dans les cas de plaies du tissu adipeux, à des *bourgeons charnus*, devenant soit tissu cicatriciel soit tissu adipeux. Lorsque le tissu adipeux s'atrophie, la membrane du complexus graisseux se résout également en cellules, qui se transforment en tissu conjonctif ou muqueux. ÉD. RETTERER.

Die chemische Reizbarkeit thierischer Zellen (L'irritabilité chimique des cellules animales), par F. RŒMER (*Archiv f. pathol. Anatom.*, CXXVIII, 1).

Roemer retira des cellules de bactéries, des cellules végétales, des cellules et des tissus animaux, certaines substances ayant la constitution des albuminates alcalins ou *protéines*, qu'il injecta dans le sang des lapins. Voici les principaux résultats auxquels il arriva au point de l'action de ces protéines sur les leucocytes.

1° Après l'injection des protéines dans le sang ou dans le tissu con-

jonctif sous-cutané du lapin, le nombre des leucocytes augmente et atteint son maximum 8 heures environ après l'opération.

Les processus irrigatifs ont même effet: ils détruisent les cellules et les bactéries, dont les produits de décomposition augmentent le nombre des leucocytes, d'où la leucocytose consécutive.

2° L'injection de protéines dans les veines détermine la prolifération des leucocytes dans les petites veines principalement; ces éléments se divisent par voie amitosique.

3° 8 heures après l'injection, les leucocytes augmentés de nombre, n'ont qu'un seul ou deux noyaux; de 24 heures à 48 heures après l'injection, les leucocytes possèdent la plupart trois amas nucléaires ou davantage encore, réunis les uns aux autres par des filaments. Ce ne seraient pas des cellules multinuclées, mais des leucocytes dont le noyau s'est fragmenté sous l'influence d'une métamorphose régressive. Ces leucocytes à amas multinucléés ne sont plus susceptibles de proliférer.

4° L'injection de cultures de bactéries qu'on a portées préalablement à une ébullition prolongée provoque la division des leucocytes du sang. L'injection de cultures de bactéries *vivantes* diminue le nombre des leucocytes dans le sang.

5° L'injection d'extraits de bactéries dans le sang augmente la quantité de lymphe qui s'écoule par le canal thoracique.

6° Les injections sous-cutanées d'extraits de bactéries élève la température du chien de 1°,2; celle du cobaye de 2°,4. La fièvre ainsi produite se maintient pendant 3 à 5 heures et disparaît au bout de 24 heures.

ÉD. RETTERER

I. — Recherches sur le parasitisme intra-cellulaire et intra-nucléaire chez l'homme, par M. SOUDAKEWITCH (*Annales de l'Institut Pasteur, mars* 1892).

II. — Note au sujet du mémoire de M. Soudakewitch, par E. METSCHNIKOFF (*Ibidem, mars* 1892).

I. — Dans 95 cas de cancers étudiés directement par l'auteur, il a trouvé, dans tous les cas, sans distinction, une quantité variable de parasites intracellulaires de la classe des sporozoaires. La présence du parasite causait d'un côté une hypertrophie de la cellule et parfois une modification de son protoplasma et d'un autre côté, différentes modifications du noyau, souvent dans le sens de la karyokinèse.

Ce n'est que sous forme de supposition plausible que Soudakewitch ajoute que les parasites observés dans les divers cancers appartiennent à des espèces différentes. Même en laissant de côté les nombreux travaux contemporains sur le cancer, travaux démontrant l'existence de parasites vivants dans les cellules cancéreuses, on peut voir dans les planches publiées à une époque bien antérieure des dessins de parasites facilement reconnaissables et à ce titre il faut citer celles de Virchow.

II. — Metschnikoff insiste sur la nécessité de rechercher ce que deviennent les parasites du cancer en dehors de l'organisme malade; on ne trouve dans les travaux publiés qu'un nombre limité de leurs stades de développement.

De même pour les inoculations, il ne faut les faire qu'au bout d'un cer-

tain temps, pour permettre le développement des spores qui n'a lieu que *post mortem*. L'analogie de la psorospermose du lapin avec le cancer fait supposer que ces néoplasies appartiennent au nombre des maladies miasmatiques qui se répandent à l'aide de spores formées en dehors de l'organisme. PAUL TISSIER.

Ueber die Bedeutung der retrograden Metastase... (La métastase rétrograde, qui se fait par la voie lymphatique, montre le système lymphatique des organes parenchymateux), par Ludwig VOGEL (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXV*, 3).

1° Dans un cas de carcinome de la vésicule biliaire, Vogel constata un transport rétrograde des éléments carcinomateux dans le rein gauche. Ceux-ci étaient contenus dans les voies lymphatiques, à parois très nettes, à endothélium bien conservé et dessinant admirablement le réseau lymphatique de l'organe. D'après ces faits, voici quelle est la disposition des lymphatiques dans le rein : si on les suit à partir des papilles du rein où ils sont situés à côté des vaisseaux sanguins, on les voit se diviser dans l'organe et former un réseau capillaire circumvasculaire, entourant de mailles serrées les arcades vasculaires, les vaisseaux interlobulaires et leurs branches, ainsi que les vaisseaux droits. Les lymphatiques qui accompagnent les vaisseaux efférents proviennent de ceux qui accompagnent des vaisseaux interlobaires; arrivés près du glomérule, les rameaux lymphatiques se résolvent sur la capsule en un fin réseau très fin qui pénètre dans l'intérieur du glomérule. Les capillaires lymphatiques de la substance corticale sont extrêmement fins et ont un trajet semblable à celui des capillaires sanguins. Ils sont réunis par des branches transversales aux capillaires de la substance corticale, qui ont une direction parallèle à celle des tubes de Bellini et semblable à celle des capillaires sanguins.

2° Dans un cas de carcinome du pancréas, accompagné de transport rétrograde dans l'intestin, le foie et les reins, Vogel put établir l'existence de capillaires lymphatiques sur les parois de la veine porte : ils figuraient des canaux très fins, à direction longitudinale, serrés les uns contre les autres, et reliés entre eux par des anastomoses transversales.

ÉD. RETTERER.

Ueber Carcinom-Einschlüsse (Sur les inclusions des carcinomes), par J. STEINHAUS (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXVI*, 3, et *CXXVII*, 1).

On a décrit dans les carcinomes divers organismes parasitaires, tels que les psorospermies, les coccidies, etc, auxquels on a attribué la production de ces tumeurs.

Steinhaus montre que les inclusions qu'on trouve dans les carcinomes sont dues soit aux noyaux, soit aux corps cellulaires des éléments épithéliaux de la tumeur. Ces inclusions affectent les formes les plus variées et se comportent diversement sous l'influence des réactifs. D'autres fois, elles sont constituées par des couches concentriques de cellules affectant une disposition perlée. ED. RETTERER.

Recherches expérimentales sur la transmissibilité du cancer, par Simon DUPLAY (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 15 *février* 1892).

Les essais de transmission du cancer du chien à d'autres animaux (lapins et cobayes) ou de l'homme aux animaux, n'ont donné lieu qu'à des lésions inflammatoires localisées autour des fragments greffés, qui, toujours, ont fini par être complètement résorbés. Les conditions de cette première série d'expériences sont telles qu'on peut conclure que les néoplasmes cancéreux ne sont absolument pas transmissibles d'un animal à un animal d'espèce différente. Quant aux essais de transmission du cancer du chien au chien, contrairement à ce que pouvaient faire supposer certains faits obtenus par d'autres expérimentateurs, ils n'ont donné également que des résultats négatifs. Toutefois, avant d'avoir multiplié les expériences et surtout avant de les avoir répétées dans des conditions plus favorables, l'auteur ne croit pas devoir tirer encore une conclusion définitive de ces faits négatifs. M. DUVAL.

Beiträge zur Struktur und Entwickelung des Carcinoms (Structure et développement du carcinome), par NŒGGERATH (*In*-4° *avec planches, Wiesbaden*, 1892).

Après avoir rappelé les données antérieures, sur cette question si controversée, Nœggerath expose ses idées personnelles. Pour lui, les formes que Darier, Wickham considèrent comme des coccidées, sont dues à la dégénérescence du noyau des cellules cancéreuses. Une partie de ce noyau devient vacuoliforme et globuleuse, et comprime le reste. La chromatine, dans la partie globuleuse, se dissémine sous forme de petits grains. Une autre proportion de chromatine passe même dans le corps cellulaire. C'est ainsi qu'il faut, d'après lui, expliquer ainsi les inclusions cellulaires. Une preuve de la dégénérescence partielle du noyau, c'est qu'une double coloration au carmin et au violet de gentiane (Gram) colore en bleu la partie refoulée et en rose la partie vacuolaire. Les corpuscules de Russell ne sont pas non plus des parasites, mais dus à la destruction du noyau en petites particules globuleuses de volume plus ou moins considérable. Quant aux cellules migratrices du cancer, il en décrit trois ordres : des globules blancs, des cellules endothéliales vasculaires et des cellules plates mobilisées. Il montre ensuite les caractères distinctifs des psorospermies du foie du lapin. Signalons, en outre, la description de sortes de conduits émanant des noyaux vacuolaires, qui déverseraient leur produit dans les interstices du tissu cancéreux. L'auteur explique ainsi l'intoxication générale des humeurs et la cachexie cancéreuse. C. LUZET.

Ueber Abcesse in der Medulla oblongata, par EISENLOHR (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 6, *p*. 111, 1892).

L'auteur a observé deux abcès bulbaires survenant, l'un à la suite d'une suppuration pulmonaire, l'autre dans la méningite cérébro-spinale épidémique.

1° Homme de 43 ans subissant l'opération de l'empyème le 12 mai ; après une courte rémission, la fièvre reparaît. Le 6 juin, ouverture d'une collection pleurale enkystée qui communique avec une cavité bronchectasique.

Le 15 juin, raideur et parésie du bras gauche ; le 16, la parésie s'étend au membre inférieur gauche ; rien à la face. Anesthésie de l'avant-bras et de la main gauches.

Le 18, parésie manifeste des membres du côté opposé et anesthésie de la jambe. Dyspnée rapidement croissante ; mort.

Autopsie. Le lobe inférieur du poumon offre de nombreuses cavités bronchectasiques avec ulcérations des parois. Le plus grand abcès, limité en partie par le parenchyme pulmonaire, en partie par la plèvre, a les dimensions d'une pomme. Rien à droite.

Le côté gauche du 4e ventricule offre une saillie dans la région de l'alea cinerea. A la coupe, on trouve entre la surface et l'olive un foyer purulent du volume d'un haricot. A l'union de la moelle et du bulbe, il occupe la base des cordons postérieurs ; il s'étend jusqu'au niveau de la 2e paire cervicale.

2° Homme de 25 ans, atteint vers le 11 mai, au cours d'une épidémie printanière de méningite cérébro-spinale, de céphalée, délire, vomissements, etc. Le 27 juin, il souffre de douleurs vives à la nuque et au dos ; le ventre est rétracté. Pas de symptômes paralytiques. Réactions pupillaires normales ; réflexes conservés. Après une courte rémission, les accidents reparaissent le 1er juillet. Le 5, prostration, raideur du cou, hyperesthésie. Le 7, convulsions épileptiformes, strabisme divergent. Mort.

On trouve, à l'autopsie, un exsudat épais grisâtre à la surface du cervelet et sur la protubérance. Les ventricules latéraux sont dilatés, remplis de sérosité trouble. Le 4e ventricule n'est pas dilaté. A la hauteur des tubercules quadrijumeaux, au voisinage de l'aqueduc, on découvre une petite cavité remplie de pus. Ce pus contient différentes espèces de cocci, un staphylococcus blanc et un jaune, des bâtonnets.

On sait que Strümpell a décrit les abcès du cerveau compliquant la méningite cérébro-spinale. Quand à ceux de la moelle et du bulbe, ils n'ont pas été décrits jusqu'ici d'une façon précise. L. GALLIARD.

Ueber Veraenderungen des Kleinhirns in Folge von Hydrocephalie des Grosshirns, par CHIARI (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 44, p. 1082, 26 octobre 1891).

En cas d'hydrocéphalie cérébrale, le cervelet présente des modifications répondant à l'un des 3 types suivants :

1° Le bulbe se trouve dans le canal vertébral à côté des amygdales prolongées en cônes et des parties internes des lobes inférieurs du cervelet. Cette altération secondaire est en rapport causal avec l'hydrocéphalie congénitale chronique. Le prolongement du cervelet dans le canal vertébral est plus ou moins étendu, unilatéral ou bilatéral ;

2° Des portions du cervelet sont placées dans le canal vertébral à l'intérieur de prolongements, en forme de poches, du quatrième ventricule qui s'y trouve aussi. Il s'agit ici d'un trouble de croissance du cervelet ;

3° Le cervelet est placé dans un spina bifida cervical, donnant lieu ainsi à une encéphalocèle cérébelleuse cervicale. J. B.

Ueber « combinirte » Erkrankung... (Sur l'affection « combinée » des cordons de la moelle épinière), par J. ARNOLD (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXVII*, 1).

Arnold décrit un cas d'affection combinée de la moelle épinière. Il consistait en une dégénération s'étendant sur les cordons pyramidaux croisés, les cordons pyramidaux directs, les cordons postérieurs et les cordons cérébelleux directs. Les racines postérieures renfermaient des fibres dégénérées au niveau de la région thoracique.

Ces altérations anatomiques étaient accompagnées de l'exagération des réflexes tendineux et de phénomènes spasmodiques dont étaient le siège les muscles de la moitié inférieure du corps. Les membres abdominaux étaient raides et immobiles, les thoraciques avaient perdu de leur force et montraient un certain degré d'ataxie. Les réflexes cutanés étaient abolis; les sensations de température, d'espace, et de douleur avaient diminué, pendant que celles du tact et de la pression étaient conservées. Le sens musculaire avait disparu. Absence totale de symptômes cérébraux. ED. RETTERER.

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans, par H. KOLLER (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXV*, 2).

Koller trouve dans plusieurs cas de paralysie agitante une prolifération notable du tissu conjonctif périvasculaire de la substance blanche de la moelle épinière. Au premier degré, les gaines conjonctives sont épaissies sur les vaisseaux de moyen et de petit calibre. Au second degré, on trouve que les modifications précédentes s'étendent jusque sur les cellules de la névroglie.

Outre ces altérations du tissu conjonctif, on remarque que la paroi des vaisseaux a subi un épaississement considérable. La tunique interne surtout s'est épaissie; les capillaires eux-mêmes montrent une paroi d'un diamètre plus notable. Les noyaux des cellules endothéliales paraissent avoir augmenté de nombre. De plus, on observe dans l'intérieur des vaisseaux la présence de masses hyalines obturant plus ou moins la lumière du canal.

Les cordons médullaires qui présentent ces lésions sont en première ligne les cordons postérieurs, en seconde ligne les cordons latéraux.

Au point de vue de la lésion, la paralysie agitante consisterait en une sclérose périvasculaire. ÉD. RETTERER.

Des altérations nerveuses centripètes consécutives à la section des nerfs et aux amputations des membres, par VANLAIR (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, *n°* 9, *p.* 626, 1891).

Les lois présidant au développement et à la systématisation des réactions nerveuses centrales à la suite de la section des nerfs et de l'amputation d'un membre sont très imparfaitement connues. On ne peut dire à l'avance s'il y aura lésion médullaire et quelle elle sera.

A la suite d'une amputation ou d'une névrotomie (avec ou sans régénération), il se produit constamment dans le bout central des nerfs une multiplication des fibres grêles, lesquelles se présentent pour la plupart sous forme de faisceaux disséminés dans les névricules au milieu des autres fibres. Cette multiplication doit être vraisemblablement rattachée non point à un processus dégénératif ou atrophique, mais à une prolifération des tubes nerveux préexistants. Elle devient moins apparente à mesure que l'on remonte vers le centre.

L'altération des racines et de la moelle est inconstante et variable dans sa forme. Lorsqu'elle existe, la lésion médullaire paraît être constituée tantôt par de l'atrophie pure, tantôt par une véritable dégénérescence. Elle occupe de préférence la masse grise de la moelle et se localise plus spé-

cialement dans la corne antérieure. Elle augmente avec le temps et diminue avec l'âge du sujet.

Une partie au moins des altérations centrales observées chez l'homme à la suite des amputations, dérive plutôt de l'affection chirurgicale qui a nécessité l'opération, que de l'ablation même du membre. C'est pourquoi, chez les animaux, la myélie fait le plus souvent défaut.

Les troubles fonctionnels survenant à la suite d'opérations dans des parties plus ou moins éloignées, pourraient s'expliquer par les ulcérations post opératoires des centres nerveux. LEFLAIVE.

Zur pathologischen Anatomie der Chorea, par KROMER (*Archiv für Psychiatrie, XXIII*, 2, *p.* 538).

L'auteur fait l'historique des travaux relatifs à l'anatomie pathologique de la chorée et des théories et opinions émises sur cette maladie. Puis il relate l'observation d'une femme, morte à l'âge de 35 ans, qui était choréique depuis l'âge de 11 ans. Cette femme se livrait quotidiennement pendant des heures à l'onanisme. Elle était tombée en enfance, riait sans cesse et sans motif; elle avait souvent des accès de violence. On n'a pas pu établir si elle avait des hallucinations de sens. Sensibilité normale. L'appétit était devenu vorace. La malade a succombé aux suites d'un traumatisme (chute sur le côté droit du crâne). A l'autopsie on a découvert un hématome de cinq centimètres de diamètre, à la surface de l'hémisphère droit, et un autre qui recouvrait toute la surface de l'hémisphère gauche. Les sacs de ces deux hématomes étaient tellement distendus, qu'en les incisant, on fit jaillir un jet; sous l'influence de la compression, la surface des hémisphères était devenue concave. Les hématomes étaient de vieille date, mais le sang qu'ils renfermaient était à l'état frais. Sur des coupes du cerveau, l'examen microscopique a fait découvrir de nombreux foyers, de dimensions variables, dans les ganglions centraux et dans la capsule interne. La lésion était plus accusée à gauche qu'à droite. Avec cela, atrophie des faisceaux pyramidaux et de toute la moitié droite de la moelle.

L'auteur fait remarquer que toutes les lésions trouvées jusqu'ici dans des cas de chorée intéressaient les faisceaux pyramidaux ou leur voisinage. La chorée serait donc une maladie en rapport avec des altérations du faisceau pyramidal, altérations moléculaires qui, dans certains cas, peuvent échapper à nos moyens d'investigation. Le tableau clinique varie suivant la portion du faisceau pyramidal qui est lésée. E. RICKLIN.

Zur pathologischen Anatomie des Morbus Basedowii, par E. MENDEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 5, *p.* 89, 1892).

Dans ce cas, Mendel a constaté, à l'autopsie, l'atrophie du corps restiforme d'un côté et l'atrophie du faisceau solitaire du côté opposé ; rien du côté du pneumo-gastrique et du sympathique.

Homme de 48 ans, atteint en 1887 de gonflement du corps thyroïde, d'exophtalmie et de palpitations; au bout d'un an, à la suite d'une cure à Cudowa, il paraît guéri. En 1890, accès d'influenza. En 1891, après de violentes émotions les signes de la maladie de Basedow reparaissent. Le 7 octobre, pouls impossible à compter, respiration accélérée, urine rare, œdème des jambes Pleurésie avec sérosité sanguinolente. Mort le 9 octobre.

La pie-mère spinale offre de nombreuses plaques blanches, minces, non résistantes. On constate une atrophie manifeste du corps restiforme gauche, lequel fixe énergiquement le carmin. A droite, atrophie du faisceau solitaire. Moelle, cerveau, cervelet indemnes.

Dilatation et hyperthrophie du cœur; hypertrophie du foie et de la rate.

L. GALLIARD.

Zur Regeneration der quergestreiften Muskelfasern (Sur la régénération des fibres musculaires striées), par ASKANAZY (*Archiv f. patholog. Anat.*, *CXXV*, 3).

Askanazy a pratiqué sur dix lapins des incisions sur le muscle jambier antérieur pour y étudier le mode de régénération des fibres musculaires striées. Au moyen des dissociations et des coupes, il a suivi la cicatrisation de la plaie. La solution de continuité entre les bouts du muscle divisé se remplit, pendant les premiers jours, d'une masse rouge, formée essentiellement de tissu conjonctif jeune. Dans les jours suivants, on voit partir du muscle divisé des fibres pâles, plus minces que la fibre musculaire qu'elles prolongent. Ces fibres pénètrent dans le tissu conjonctif intermédiaire aux deux bouts divisés. Elles sont homogènes ou finement striées en long, mais manquent de striation transversale. Elles n'ont point d'enveloppe de sarcolemme. Au bout d'un mois seulement apparaît la striation transversale.

Askanazy conclut de ces faits que la régénération du tissu musculaire divisé se fait aux dépens de bourgeon ayant pris naissance sur la vieille fibre musculaire.

ÉD. RETTERER.

Ueber Defecte der Vorhorfsscheidewand des Herzens (Sur les vices de conformation de la cloison interauriculaire), par H. RUGE (*Archiv f. path. Anat. CXXVI*, 2).

De l'examen de 17 cas de vices de conformation de la cloison interauriculaire, Ruge tire les conclusions suivantes : Quand il persiste un stade embryonnaire qui n'est que temporaire dans le développement normal, il en résulte une défectuosité dans la cloison interauriculaire. Toutes les portions de celles-ci peuvent manquer, ainsi que cela existe normalement dans les premiers stades du développement. D'autres fois, on ne constate que l'ébauche de la cloison primaire sous forme d'une saillie de la partie postérieure et supérieure de la paroi auriculaire. D'autres fois encore, l'ébauche de l'anneau de Vieussens est indiquée, mais son développement a subi un arrêt. Enfin, les orifices de la cloison interauriculaire peuvent ne point s'oblitérer et ils persistent à des stades montrant tous les passages de l'état fœtal à la conformation normale.

ÉD. RETTERER.

Vorkommen und diagnostiche Bedeutung der... (Présence et valeur diagnostique des leucocytes oxyphiles et basophiles dans les crachats), par MANDYBUR (*Wien. med. Wochenschr.*, nos 7, 8 *et* 9, 1892).

Les crachats sont étalés et fixés sur une lamelle, puis traités pendant dix secondes par l'oxyde de cuivre ammoniacal et colorés enfin par l'éosine glycérinée et le bleu de methylène.

Dans l'asthme, on trouve pendant les accès dans les crachats des

amas de granulations et de nombreuses cellules éosinophiles mononucléaires, c'est-à-dire jeunes; après l'accès de dyspnée, les cellules éosinophiles deviennent plus rares et polynucléaires. On peut y rencontrer des cellules graisseuses (granulations basophiles d'Ehrlich).

Les cellules éosinophiles semblent prendre naissance dans la muqueuse bronchique elle-même, et leur multiplication paraît être un symptôme de l'excitation du système sympatique. On les rencontre aussi dans l'emphysème, mais les maladies inflammatoires aiguës de l'appareil respiratoire les font disparaître (influenza, pneumonie). LEFLAIVE.

Blutuntersuchungen in den Tropen (Recherches sur le sang sous les tropiques), par Max GLOGNER (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXVIII*, 1).

Le nombre des globules rouges du sang est plus faible chez les Européens vivant sous les tropiques que chez les indigènes, lorsqu'on le compare à celui des Européens vivant en Europe. De même, les globules rouges des premiers possèdent un pouvoir hémoglobique moindre que ceux des seconds. ÉD. RETTERER.

Ueber geschwürige Prozesse im Magen (Sur les processus ulcératifs de l'estomac), par L. GERHARDT (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXVII*, 1).

Gerhardt décrit plusieurs cas d'ulcères de l'estomac :

1° Erosions superficielles de la muqueuse ; elles sont nombreuses et disposées en série, principalement le long de la petite courbure ; quelques unes se sont transformées en ulcères chroniques.

L'examen histologique montre l'existence d'un catarrhe chronique de l'estomac, ayant amené des érosions hémorragiques.

2° Mort à la suite d'hémorragie stomacale ; l'estomac présente un ulcère rond ; deux cicatrices provenant d'ulcères ronds qui avaient guéri et une quantité d'érosions superficielles le long de la petite courbure. Il est probable que dans ce cas l'ulcère rond dérivait d'une érosion originelle.

3° Erosions hémorragiques de grandes dimensions. En résumé, dans les cas de gastrite chronique interstitielle, les érosions se produisent aisément sur la muqueuse de l'estomac et elles peuvent se transformer en ulcères ronds. ÉD. RETTERER.

Étude histologique de la tuberculose expérimentale et spontanée du foie, par PILLIET (*Thèse de Paris*, n° 45, 1891).

La tuberculose aviaire donne lieu à des lésions qui sont susceptibles de différences considérables. Chez le lapin on peut constater, ou bien l'absence de lésions considérables (c'est-à-dire massives), ou bien la formation de cellules géantes intra-vasculaires, s'entourant de cellules embryonnaires (type Yersin), ou bien la formation de cellules géantes à existence transitoire, qui deviennent l'origine d'une cirrhose tuberculeuse aiguë. Chez le cobaye, c'est cette dernière forme qui domine surtout. Chez les oiseaux (cas spontanés) les lésions peuvent varier beaucoup ; le faisan présente au plus haut degré la transformation amyloïde, qui fait défaut chez l'ibis.

La tuberculose humaine expérimentale donne lieu, chez le cobaye et

le chien, à des lésions dégénératives (même de coagulation), qui peuvent simuler la tuberculose caséeuse, et à des lésions inflammatoires d'hépatite interstitielle qui oblitère les capillaires et provoque secondairement l'atrophie des trabécules et ses conséquences. Dans les formes aiguës, on ne rencontre pas de tubercule proprement dit. Chez l'homme, on peut trouver dans le foie des lésions nodulaires, non enkystées, à type lymphoïde, souvent accompagnées d'hémorragies et formant le point de départ de lésions cirrhotiques. Il n'y a aucune différence essentielle entre ces lésions et celles que l'on détermine chez le cobaye. Chez le singe, on peut trouver des formes intermédiaires.

L'existence de cette série d'intermédiaire entre les cas les plus tranchés, rend difficile l'appréciation de la nature des lésions inflammatoires ou dégénératives; ici l'anatomo-pathologique doit être éclairée par la pathogénie. C. LUZET.

Untersuchungen über die Nebennieren... (Recherches sur les capsules surrénales et sur leurs rapports avec le système nerveux), par C. ALEXANDER (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XI, p.* 145).

Cet intéressant mémoire comprend un résumé de l'anatomie et de la physiologie des capsules surrénales, et la critique des théories exprimées jusqu'ici sur les rapports de ces organes avec le système nerveux et de leur rôle dans la maladie d'Addison. Il se termine par une étude chimique de ces organes. L'auteur conclut de ses recherches : Dans les affections des capsules surrénales, on constate des phénomènes jusqu'à présent inexpliqués du côté de l'appareil nerveux (maladie d'Addison) et une pigmentation de la peau, qui est fréquente, mais ne peut être considérée que comme une conséquence de l'altération du système nerveux. Dans les extirpations de ces organes il se fait des altérations du système nerveux central. Dans leur absence ou leur développement insuffisant, il existe toujours un arrêt de développement ou des pertes de substance dans le cerveau (hydrocéphalie). Le lien entre ces divers faits est resté jusqu'ici pour nous une énigme. L'anatomie et la physiologie nous montrent que les capsules surrénales sont des organes glanduleux, dans lesquels la lécithine, substance des plus importantes pour le système nerveux central, existe en grande quantité. Le sang et la lymphe s'y chargent de cette substance et la distribuent à l'encéphale et aux nerfs. C. LUZET.

Contribution à l'étude de l'érysipèle à répétition, par CRITZMAN (*Arch. de méd., janvier* 1892).

L'érysipèle à répétition n'est qu'une forme récidivante de l'érysipèle franc ou légitime. Le type de cette forme morbide est fourni par l'érysipèle cataménial.

Une observation recueillie par l'auteur lui a permis d'étudier l'anatomie pathologique de l'érysipèle à répétition et d'en montrer les caractères bactériologiques. Elle lui a montré que l'érysipèle à répétition était une dermo-lymphangite causée par le streptococcus erysipelatus.

La culture pure de ce streptocoque inoculée à une série de trois lapins a toujours donné une plaque érysipélateuse typique. Inoculée à une série

de trois cobayes, cette culture a donné deux fois de l'érysipèle et une fois une petite collection purulente. RICHARDIÈRE.

Ein Beitrag zur Kenntnis des Chloroms, par HŒRING (*Arbeiten aus dem path.-anat. Institut zu Tübingen, I, n° 1*, 1891).

Le néoplasme, rencontré chez un enfant de 6 ans, s'était surtout développé à la tête et au cou, et semblait provenir des glandes parotide et sous-maxillaire gauches ; il s'était étendu à la base et à la convexité du crâne, aux poumons, aux ganglions bronchiques, aux reins et à un grand nombre de ganglions mésentériques. Comme ceux décrits antérieurement, il était constitué par un réticulum assez fin rempli de cellules rondes, pauvres en protoplasma, avec quelques éléments fusiformes ; la coloration verte était due à des corpuscules colorés situés dans les cellules néoplasiques, donnant la réaction graisseuse et non celle du fer. Recklinghausen, considérant le chlorome comme une variété de lymphome, propose de l'appeler chlorolymphome. Les ganglions bronchiques ramollis contenaient, outre des éléments néoplasiques, de nombreux bacilles de la tuberculose et des staphylocoques dorés.

LEFLAIVE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Experimentelle Untersuchungen über die Regeneration des Sehnengewebes (Recherches expérimentales sur la régénération du tissu tendineux), par W. VIERING (*Archiv f. pathol. Anat., CXXV*, 2).

A la suite de la section d'un tendon, Viering trouva, deux jours après l'opération, de nombreuses cellules conjonctives dans l'intervalle des deux bouts divisés. Sur le pourtour de la plaie s'est produite une zone en pleine dégénérescence. De plus, il existe des cellules tendineuses munies de trois à quatre noyaux au repos ou en train de se diviser.

La cicatrisation procède de la manière suivante : dans les quatre à huit premiers jours, les matériaux qui servent à la régénération du tissu tendineux sont fournis par les cellules et les vaisseaux de la gaine tendineuse.

Dans l'intervalle des cellules se trouve une substance homogène, qui est traversée par les fibrilles des cellules étoilées s'anastomosant les unes avec les autres. Plus tard le protoplasma d'une partie de ces cellules semble se décomposer lui-même en fibrilles longitudinales et se transformer en substance intercellulaire, ou bien encore les cellules restent en lieu et place, mais échappent à l'observation dans les conditions ordinaires (cellules dormantes). ÉD. RETTERER.

Observations expérimentales sur la ligature de l'artère hépatique, par N. de DOMINICIS (*Archives italiennes de biologie, XVI, p. 28, et Accademia medica chirurgica. Naples, août* 1891).

La ligature de l'artère hépatique serait fatalement mortelle. Elle en-

traînerait la cessation de la fonction glycogénique (Arthaud et Butte). L'auteur a répété ces essais. Il constate que tous les animaux opérés de ligature de l'artère hépatique avec ou sans fistule biliaire, ont survécu très bien. Ils mangeaient, digéraient bien, engraissaient. Chez un petit nombre et seulement dans les premiers jours on trouva du sucre dans l'urine. Après ligature de l'artère hépatique il se développe d'ailleurs un réseau supplémentaire par des branches de la coronaire, de la mésentérique, de la mammaire, de l'épigastrique, de la phrénique, de la capsulaire, de la spermatique. Le sang de la veine porte suffit cependant à la nutrition et à la fonction du foie. DASTRE.

Altérations anatomiques consécutives à l'extirpation du pancréas chez les chiens, par G. BOCCARDI (*Archives italiennes de biologie, XVI, p.* 50, *et Bollettino dell' Accademia. Napoli*, 1890).

L'auteur a sacrifié aux 2e, 3e, 4e, 5e, 9e jour après l'opération presqu'à deux mois et demi les 10 chiens qui ont subi l'extirpation. Il a noté : 1° l'amaigrissement constant, maïs plus ou moins marqué des animaux, même malgré une alimentation abondante ; 2° peu d'altérations macroscopiques du tube digestif : seulement une anémie plus ou moins marquée; un œdème de la sous-muqueuse avec dilatation des voies lymphatiques ; des altérations vasculaires dans quelques cas. Pas d'atrophie des glandes ou de surcroît d'activité de ces glandes (salivaires, buccales, œsophagiennes, gastriques, de Brünner). Celles de Lieberkühn présentent dans un tiers des cas une hypertrophie compensatrice dans le duodénum. Cette hypertrophie aurait été vue habituellement, au contraire, par Martinotti. Elle ne pare point d'ailleurs à la perte de la fonction glycolytique du pancréas, puisque l'animal reste glycosurique.

Le foie est toujours altéré. Il y a dégénérescence graisseuse. Il y a une altération des cellules hépatiques, dont le protoplasma devient réticulé et dont l'atrophie devient évidente pour les cas anciens. Le glycogène ne fait défaut que dans les cas très avancés. Les reins sont à peu près normaux ; il y a quelquefois des lésions corticales d'Ebstein. L'auteur n'a pas trouvé la lésion d'Armanni (gonflement spécial de l'épithélium des anses de Henle) que Piventi (de Pérouse) a vue chez ses animaux.

Il y a des altérations intéressantes dans le système nerveux central. Ce sont (après 7 à 20 jours) des lésions non systématiques, variables, portant sur les faisceaux pyramidaux croisés et la zone d'entrée des racines postérieures. Les altérations de la substance grise sont plus constantes : elles consistent en atrophies ou désagrégations cellulaires dans les cornes antérieures ou postérieures ; petits foyers hémorragiques autour du canal central ; syromyélie dans quelques cas du segment lombaire : gliomatose dans le segment dorsal. Enfin il y a des cellules atrophiques dans le ganglion cœliaque. DASTRE.

Sur un albuminoïde toxique contenu dans certains liquides hydatiques, par VIRON (*Arch. de méd. exp.*, *IV*, 1.)

Les caractères chimiques et l'action physiologique de cette substance permettent de la rapprocher des corps actuellement désignés sous le nom de toxalbumines. Elle détermine chez le cobaye des accidents

inflammatoires violents. La variété des matières albuminoïdes des kystes hydatiques peut expliquer la variété des symptômes signalés dans les cas de rupture de ces kystes dans les grandes cavités séreuses. L'urticaire, la péritonite souvent mortelle vues chez l'homme dans des conditions analogues, peuvent être attribuées à des toxalbumines et peut-être à une ptomaïne.

GIRODE.

Ueber die Bedeutung der Leukocytes bei Infection... (Sur le rôle que jouent les leucocytes après l'infection de l'organisme par les bactéries), par P. NETSCHAJEFF (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXV*, 3).

Netschajeff a fait nombre d'expériences sur les animaux à sang froid et à sang chaud pour connaître le rôle des leucocytes lorsqu'on infecte leur organisme par diverses bactéries pathogènes.

Chez le chien, qui est réfractaire au charbon, les bacilles sont détruits sans l'intervention des leucocytes; il est probable que la nature chimique du sang produit ce résultat. Les leucocytes de la souris, du cobaye et du lapin, animaux très accessibles au charbon, ne s'incorporent point le bacille. Les grenouilles et les tritons possèdent des leucocytes, qui s'emparent aisément du bacille. Chez ces derniers animaux à sang froid, les leucocytes jouent un rôle actif dans la destruction du bacille.

Les expériences de Netschajeff montrent clairement que les leucocytes ne jouent aucun rôle dans l'immunité de certains animaux contre les bactéries pathogènes. Ce sont les humeurs ou liquides de l'organisme qui sont seuls actifs dans ce cas; ils constituent un milieu impropre à la culture du bacille. D'autre part, si les bacilles du charbon parviennent dans le sang des animaux, tels que le lapin, ils s'y développent et pullulent, malgré la présence des leucocytes.

Quand les bacilles du charbon ont séjourné pendant quatre à cinq jours dans le corps des grenouilles, ils ont perdu leur action nocive; en effet, inoculés à des souris blanches, ils n'ont plus aucun effet. Cultivés dans les mêmes conditions dans un milieu nutritif, ils donnent naissance à des formes abortives.

En résumé, les leucocytes s'incorporent le bacille. Les bactéries, colorées au bleu de méthyle et introduites dans l'organisme des animaux à sang froid, se décolorent et se décomposent, dans le corps des leucocytes, en fines granulations.

Cette destruction des bactéries a lieu, sur les animaux à sang chaud et à sang froid, en dehors du protoplasma des leucocytes.

Cependant elle se fait plus vite dans le corps de ces derniers qu'en dehors d'eux.

L'immunité est due aux conditions chimiques de l'organisme (humeurs et cellules). Celui-ci constitue un milieu soit favorable, soit défavorable au développement des bactéries.

ED. RETTERER.

Sécrétions cellulaires. Influence des toxines sur l'évolution des microbes, par A. CHARRIN (*Archives de physiologie*, *p.* 796, 1891).

L'auteur examine trois groupes des produits sécrétés par le bacille pyocyanique, à savoir : produits volatils, produits solubles et produits insolubles dans l'alcool. Ces produits peuvent exercer une influence nuisible sur le développement de ce bacille ou sur celui de la bactéridie charbonneuse.

Les principes solubles dans l'alcool sont le plus toxiques, puis les produits volatils, puis les produits insolubles; de même, au degré près, sur la bactéridie charbonneuse. DASTRE.

La phagocytose musculaire. Contribution à l'étude de l'inflammation musculaire, par E. METCHNIKOFF et J. SOUDAKEWITH (*Annales de l'Institut Pasteur, janvier* 1892).

L'atrophie musculaire physiologique de la queue des têtards se résume dans le phénomène essentiel suivant : une partie du faisceau, le sarcoplasma et les noyaux, manifestent une suractivité extraordinaire et se développent aux dépens du myoplasma, qui finit par devenir la proie des phagocytes sarcoplastiques.

L'atrophie musculaire, ainsi que certains processus pathologiques présentant le caractère de l'inflammation parenchymateuse dans le sens strict du mot, doivent être rangés dans le groupe des phénomènes phagocytaires.

Chez l'animal comme chez l'homme, les faisceaux musculaires envahis par les trichines réagissent eux-mêmes ; la substance contractile subit des modifications de dégénérescence ; la partie sarcoplastique du faisceau augmente de volume, ses noyaux se multiplient et les masses cellulaires ainsi formées et semblables à des plasmodes entourent les régions dégénérées. Une autre partie du sarcoplasme à noyaux se multiplie autour de la trichine en formant une espèce de grande cellule géante.

Lorsque par son développement la trichine a détruit toutes les cellules vivantes voisines, les phagocytes étrangers interviennent alors, s'introduisent dans le faisceau, qu'ils désagrègent en petits morceaux et qu'ils englobent ensuite. PAUL TISSIER.

Beziehungen verschiedener Bakteriengifte zur Immunisirung und Heilung (Les toxines bactériennes comme agent d'immunité et de guérison), par KLEMPERER (*Zeitsch. f. klin. Medicin, XX, p.* 41-65).

Les recherches — encore en cours — de Klemperer ont porté sur les protéines du pneumocoque, du bacille pyocyanique, du bacillus prodigiosus, du bacterium coli, de la bactérie charbonneuse. Ces diverses protéines offrent avec la tuberculine de grandes analogies. Elles donnent la réaction caractéristique de la tuberculine. Il n'a pu obtenir avec ces diverses protéines aucun effet au point de vue de l'immunité ou de la guérison.

La toxalbumine du pneumocoque paraît au contraire pouvoir réaliser l'immunité. Peut-être même en quantité suffisante serait-elle susceptible d'assurer cette immunité, alors que l'infection est déjà effectuée depuis deux et même trois jours. A.-F. PLICQUE.

Zur Frage über die Wirkung des Lichtes auf Bakterien (Action de la lumière sur les bactéries), par Th. GEISLER (*Centralbl. f. Bakt., XI, p.* 161).

Il n'existe pas de différence qualitative entre la lumière du soleil et la lumière électrique, mais seulement une différence quantitative. La lumière solaire arrête mieux la croissance des bacilles typhiques sur gélatine. Toutes les variétés de rayon du spectre (chimiques, lumineux,

et calorifiques) nuisent au bacille typhique, mais cette action est d'autant plus forte que l'indice de réfraction du rayon est plus grand, c'est-à-dire que la longueur d'onde correspondante est plus courte. Cette action n'est pas seulement directe sur les bacilles eux-mêmes, mais aussi indirecte, par l'intermédiaire d'altérations du milieu nutritif. C. LUZET.

Morphologische Beitræge zur Leichenfäulniss (Bactériologie de la putréfaction cadavérique), par KUHN (*Arch. f. Hyg.*, *XIII*, et *Hyg. Rundsch.*, *II*, 65, 15 *janvier* 1892).

Kuhn a isolé par des cultures sur plaques de gélatine et d'agar les germes renfermés dans divers morceaux de viande (dont beaucoup de provenance humaine) en voie de putréfaction spontanée; ces chairs étaient ou non additionnées d'eau, exposées ou non à l'air, et au préalable on s'assurait de leur état de putridité, grâce à l'odeur, à la présence d'ammoniaque, d'hydrogène sulfuré, à la réaction alcaline, etc.

D'habitude, il n'existait que deux sortes de protées (pr. vulgaire et pr. de Zenker) qu'on pût regarder comme les agents propres de la putréfaction, au sens ordinaire du mot. L'un et l'autre, ainsi que l'ont démontré une série d'expériences, donnent une même odeur et produisent de l'ammoniaque, de l'hydrogène sulfuré et la réaction alcaline; toutefois, ils se distinguent entre eux, en ce que seul le protée vulgaire forme de l'indol. On ne note aucune différence quand la viande, au lieu de se putréfier à l'air, s'est putréfiée à l'abri de l'air.

Toutes les autres espèces de microorganismes qu'on peut rencontrer semblent être quelque chose d'accidentel, d'après Kuhn. Toutefois, au bout de 30 à 50 jours, les deux protées avaient toujours disparu des mélanges en voie de putréfaction sans que l'aspect de la viande indiquât l'absence de substances nutritives; tantôt alors il existait une espèce ou une autre de bactéries sporogènes, mais non capables de provoquer la putréfaction ; tantôt les cultures ne décelaient plus aucun microorganisme.

Hauser distinguait trois sortes de protées : vulgaris, Zenkeri et mirabilis. Sanfelice tend à identifier les deux premiers, tandis que Kuhn rejette le troisième comme espèce distincte et ne reconnaît que deux espèces de protées, le liquéfiant ou vulgaire, le non liquéfiant ou de Zenker. J. B.

Untersuchungen über den Einfluss der Temperatur, der Feuchtigkeit und des Luftzutrittes auf die Bildung von Ptomainen, par J. KIJANIZIN (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanitw.*, 3e *série*, *III*, 1, *janvier* 1892).

Les réactifs les plus sensibles des ptomaïnes, qui se développent en l'espace de 2 à 4 semaines, dans la viande en voie de putréfaction, sont : l'iode ioduré, le phosphomolybdate de soude, le réactif de Meyer ($KI + HgI^2$), le tannin et le chlorure d'or. Les chlorures de platine ou de mercure ainsi que $KI + BiI$ sont moins sensibles et ne donnent de précipité qu'autant que la quantité de ptomaïnes est considérable.

Dans la viande exposée durant 2 à 4 semaines à la putréfaction, soit à l'air libre, soit à l'abri de l'air, à des températures de 8, 16 et 24° Réaumur, et au milieu d'une humidité tantôt ordinaire, tantôt extrême, Kijanizin a constaté la présence de propeptone ou hémialbumose en quantité d'autant plus grande que les ptomaïnes étaient plus abondantes.

Dans les expériences où il n'a pas obtenu de ptomaïnes, il n'a pas trouvé non plus de propeptones, d'où il conclut qu'il y a parallélisme entre la formation des unes et des autres. Il est donc très vraisemblable que les propeptones représentent un stade intermédiaire de la transformation des albuminoïdes de la viande en bases analogues aux alcaloïdes, de même que la peptotoxine de Brieger. Il est aussi très probable que cette formation d'hémialbumose est due à des microorganismes, puisqu'on en connaît un grand nombre qui, placés dans un milieu nourricier solide, le fluidifient et le peptonisent.

La température la plus favorable au développement des ptomaïnes est à peu près celle de 16 à 18° Réaumur ; mais elles se développent encore à des températures de 0°, de 8° Réaumur et de 30° centigr.; il faut des températures très inférieures à 0 (—8° Réaumur) pour ne plus les voir se produire.

Seule la dessiccation complète de la viande à la température de 30°, jusqu'à ce qu'elle ait entièrement perdu son eau, empêche le développement des ptomaïnes; au contraire plus le degré d'humidité est considérable, plus le développement des ptomaïnes semble accru.

Les ptomaïnes se forment aussi bien à l'air qu'en l'absence d'air, mais celles produites à l'air libre sont moins durables. En outre, tandis que les ptomaïnes nées à l'abri de l'air sont plus ou moins toxiques, les autres ne le sont pas du tout en général. Il reste à savoir si cette différence est due à l'oxygène atmosphérique ou aux bactéries de putréfaction que renferme l'air.

Dans certaines conditions, le développement des ptomaïnes est plus considérable à l'air ; mais si elles naissent plus vite, elles disparaissent aussi plus tôt. Le fait que les ptomaïnes formées à l'air sont moins durables et le plus souvent non toxiques explique pourquoi on ne les a pas encore signalées et pourquoi on regardait le défaut d'air comme un facteur essentiel de la formation des ptomaïnes.

En résumé, d'après Kijanizin, température, humidité et air n'ont d'influence sur la formation des ptomaïnes de putréfaction que par leur influence sur la vitalité des microorganismes producteurs de ces ptomaïnes. J. B.

Sul passaggio dei germi patogeni nella bile e nel contenuto enterico, par BERNABEI (*Annali dell' Istituto d'igiene sperimentale dell. Univ. di Roma*, *II*, et *Hyg. Rundsch.*, *I*, 758, 15 *septembre* 1891).

Ni dans la septicémie du lapin ni dans la pneumonie humaine, Bernabei n'a décelé, à l'aide des cultures ou des expériences sur les animaux, les pneumocoques dans la bile. Il en fut de même pour la bactéridie charbonneuse.

Dans la maladie des buffles et dans l'infection causée par le bacille de Friedlænder, les résultats sont tantôt négatifs, tantôt positifs.

Dans la morve des cobayes, leur bile ne contient pas de microorganismes spécifiques. Si Bernabei est arrivé ici à un résultat opposé à celui de Ferraresi et Alessi, cela tient à ce que dans ses expériences, l'infection a eu une marche beaucoup plus rapide (6 à 11 jours).

La bile du bœuf retarde le développement des bacilles charbonneux

et leur fait perdre leur virulence. Les bactéries de la maladie des buffles croissent lentement dans la bile, sans y perdre leur virulence.

Le bacille de Friedlænder, ceux de la morve et de la fièvre typhoïde, ainsi que le staphylocoque pyogène doré prospèrent dans la bile.

Dans la septicémie des lapins, on retrouve toujours le pneumocoque dans l'intestin. Il ne se trouve pas constamment dans la pneumonie humaine, et même alors il est possible qu'il y ait été apporté par la salive.

Le bacille charbonneux se rencontre régulièrement dans le contenu intestinal des cobayes infectés, et il n'y perd rien de sa virulence. Il en est de même pour les bactéries de la maladie des buffles.

Résultats négatifs pour le bacille de la morve et celui de Friedlænder.

J. B.

Der menschliche Speichel und... (La salive humaine et les microorganismes de la cavité buccale), par SANARELLI (*Centralbl. f. Bakt.*, *X*, 25, *p.* 817).

De ses recherches bactériologiques l'auteur conclut que la salive humaine est un milieu de culture défavorable pour certains microorganismes pathogènes (staph. aureus, streptoc. pyog., micr. tetrag., bacille typhique, spirille cholérique). Elle possède la faculté de les détruire plus ou moins vite, si leur nombre n'est pas trop considérable.

Enfin si elle permet le développement de certaines espèces (par exemple, pneumocoque), elle altère leur type normal, les affaiblit ou même les rend complètement inactives. C. LUZET.

I. — Transmission de la tuberculose au cobaye par inoculation de sperme de phtisique, par SOLLES (*Journ. méd. Bordeaux*, 31 *janvier* 1892).

II. — Inoculation tuberculeuse positive des cobayes avec de la matière fécale de phtisique, par SOLLES (*Ibidem*, 14 *février* 1892).

I. — Solles a pratiqué sur deux cobayes des inoculations de suc testiculaire et de sperme de phtisique. Sur le premier animal les inoculations faites avec du suc testiculaire n'ont pas été suivies de l'infection tuberculeuse ; sur le second, qui a été inoculé par le suc spermatique de la vésicule séminale d'un phtisique, l'auteur a noté les lésions suivantes :

Le foyer d'inoculation est devenu énorme, les ganglions de l'aisselle sont arrivés à pleine évolution caséeuse ; aujourd'hui la rate, le foie, les poumons hypertrophiés sont farcis de ponctuations miliaires ; à la base du cœur et au hile du foie se voient de véritables ganglions lymphatiques de nouvelle formation.

II. — Solles a fait, sur six cobayes bien portants, des inoculations de matière fécale contenant de nombreux bacilles de Koch, qu'il a recueillis sur une malade atteinte de lésions pulmonaires sans entérite.

Sur deux cobayes les inoculations ont été pratiquées avec de la matière diluée dans de l'eau phéniquée à 25 0/0 ; chez ces deux animaux l'infection ne s'est pas produite ; on a noté un noyau induré, au point de l'inoculation, qui s'est comporté comme les tuberculoses locales et qui est en train de disparaître. Il y a donc lieu de penser que l'acide phénique, sans tuer absolument les spores tuberculeuses, les a privées de leur puissance de germination.

Deux autres cobayes ont été inoculés avec de la matière diluée dans

de l'eau bouillie et portée à 65° C. Comme dans le cas précédent, il n'y a eu ni infection générale ni infection locale.

Enfin sur les deux derniers cobayes on a fait des inoculations avec de la matière fécale simplement délayée dans de l'eau stérilisée; le résultat a été positif et dans le foie, la rate, les poumons, etc., on note aujourd'hui des lésions non douteuses de tuberculose. OZENNE.

Méthode pour obtenir des cultures pures de bacilles tuberculeux avec des crachats, par PASTOR (*Centralbl. f. Bakt.*, *XI*, *p.* 233).

Le crachat est mélangé à de l'eau distillée, émulsionné et filtré sur une gaze fine. On en mélange quelques gouttes à de la gélatine et on fait une plaque que l'on conserve à la température de la chambre. Quand les colonies apparaissent, après trois, quatre jours, on enlève au rasoir les parties intermédiaires transparentes et on les porte sur des tubes de sérum gélatinisé, que l'on met à l'étuve. On obtient ainsi sur 10 tubes de une à plusieurs cultures pures de bacilles tuberculeux. Il faut s'adresser à des crachats très riches en bacilles, ou mieux encore à des cavernes tuberculeuses. C. LUZET.

Nouvelles recherches chimiques et biologiques sur les toxines contenues dans les crachats et les viscères des tuberculeux, par E. BONARDI (*Archivio ital. di clin. medica*, *n°* 5, *p.* 569, 1891).

Bonardi a retiré des crachats et des viscères des phtisiques, des alcaloïdes au moyen des procédés usités pour l'isolement des alcaloïdes en général. En outre de substances analogues aux leucomaïnes, il en a extrait d'autres, de nature indéterminée, isolables par la glycérine.

Les unes et les autres ont une action énergique sur quelques animaux comme les grenouilles, les cobayes; elles produisent des effets moins énergiques chez le lapin, et chez le chien ont une action aphrodisiaque.

Les alcaloïdes extraits des crachats sont plus toxiques que ceux qui ont été extraits des viscères.

Chez le cobaye, l'intoxication lente et progressive déterminée par les substances de l'un et de l'autre groupe détermine un vrai « marasme » avec de graves altérations de quelques viscères (foie, rate, intestin) et surtout du sang.

Chez les femelles gravides des cobayes, elles peuvent entraîner l'avortement.

Bonardi n'a pu, par l'injection de petites doses et en augmentant progressivement ces doses, conférer aux cobayes l'immunité à l'égard de la tuberculose.

Continuant l'injection des extraits après l'inoculation de la tuberculose, il pense avoir réussi à augmenter le pouvoir de résistance des cobayes contre l'infection tuberculeuse; mais ses observations sont trop peu nombreuses pour que l'on puisse admettre cette proposition sans réserve. G. LYON.

Études chimiques sur le bacille de la tuberculose aviaire, par BOUVEAULT (*Thèse de Paris*, *n°* 104, 1892).

Quand la culture se fait dans de bonnes conditions, la destruction des

matériaux fixes du bouillon atteint presque la moitié du résidu fixe total. Le bacille consomme presque exclusivement la glycérine, comme aliment non azoté, et reste sans action sur le sucre de canne. Pour les substances azotées, il les assimile d'autant mieux qu'elles sont plus simples et que le produit ammoniaque ou amine peut en être plus aisément dégagé. Il existe toujours dans le bouillon normal 0,3 0/00 d'ammoniaque à l'état de sel ou de combinaison organique instable; le bacille la fait disparaître. Au contraire, les substances azotées, où l'azote est solidement lié à la molécule et qui ne donnent d'ammoniaque qu'en face des hydratants énergiques, sont attaquées lentement et incomplètement par le bacille : telle sont la sarcine, la gélatine, les peptones. L'auteur pense ainsi pouvoir obtenir une molécule de culture sans albumine, où végéterait le bacille et d'où il serait aisé d'extraire les toxalbumines créées par le végétal. C. LUZET.

Eine Vereinfachung und Abkürzung des Biedert'schen Verfahrens... (Simplification de la recherche des bacilles tuberculeux par le procédé de Biedert grâce à l'emploi de l'appareil centrifuge de Stenbeck), par KRŒNIG (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 29, *p.* 730, 20 *juillet* 1891).

Litten (*Deutsche med. Wochens.*) a récemment appelé l'attention sur les applications médicales de l'appareil centrifuge de Stenbeck qui permet d'effectuer en peu de minutes la séparation des éléments morphologiques contenus dans les liquides.

L'excellent procédé de Biedert (*R. S. M.*, XXX, 160), pour la recherche des bacilles tuberculeux clairsemés, n'a pas rencontré tout l'accueil qu'il méritait, parce qu'il demande un certain temps d'attente. Aussi Krœnig a-t-il eu l'idée d'en combiner l'emploi avec celui de l'appareil centrifuge; il obtient ainsi un sédiment riche en bacilles, non plus au bout de 2 ou 3 jours, mais au bout de 10 minutes au plus.

C'est ainsi que chez un phthisique dont les crachats, examinés avec le microscope par la méthode ordinaire, ne montraient que 3 ou 4 bacilles, il en a trouvé de 15 à 20 par son procédé combiné. Chez un tuberculeux traité par les injections de Koch et dont l'expectoration semblait depuis trois semaines, à des examens microscopiques répétés, libre de tout bacille, un crachat additionné de liqueur de soude diluée, suivant les préceptes de Biedert et ensuite centrifugé, a révélé la présence de 30 à 40 bacilles. J. B.

La vaccination tuberculeuse sur le chien, par HÉRICOURT et RICHET (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 4 *avril* 1892).

En expérimentant sur divers animaux et notamment sur des singes, on n'avait pu les protéger contre la tuberculose humaine par une inoculation aviaire préalable. Mais ces tentatives ont très bien réussi avec les chiens, qui sont à peu près réfractaires au tubercule aviaire et très sensibles au tubercule humain. La vaccination est alors évidente. En effet, deux chiens, qui environ deux mois auparavant avaient reçu des injections intra-veineuses de culture aviaire, ayant été inoculés, par injection dans la saphène, de culture tuberculeuse humaine, étaient encore vivants et bien portants quatre mois après, tandis que deux autres chiens

inoculés semblablement de la même culture, mais sans injection aviaire antérieure, ont succombé au bout de 20 jours. On peut donc espérer de trouver, dans les divers bacilles tuberculeux, des variétés qui amènent la vaccination. M. D.

Ein einfacher Nachweis... (Constatation aisée de bacilles tuberculeux par la coloration et des bactéries dans les milieux riches en graisse), par ARENS (*Centralbl. f. Bakt.*, *XI*, *p.* 9, 1892).

Pour les crachats, on prend 3 gouttes de solution saturée de fuchsine dans l'alcool, on ajoute 2 à 3 centimètres de chloroforme. Il se produit un trouble et un précipité de fuchsine. Une fois celui-ci déposé, on place les lamelles 4 à 6 minutes et on décolore avec l'alcool acidifié par l'HCl (3 gouttes pour un verre de montre). Le même procédé est applicable aux coupes. Pour colorer les microbes dans le lait, on place la lamelle dans un mélange de 12-15 gouttes de solution alcoolique, saturée de bleu de méthylène et de 3-4 centimètres de chloroforme. On laisse la lamelle plus ou moins longtemps, suivant l'épaisseur de la couche.

C. LUZET.

Ein neues method. Verfahren Tuberkelbacillen abschwächen (Sur une nouvelle méthode d'atténuation des bacilles tuberculeux), par GRAMATSCHIKOFF (*Centralbl. f. allg. Path.*, *n°* 25, 31 *décembre* 1891).

Les bacilles tuberculeux humains inoculés à la poule, sacrifiée au bout de 6, 8 et 12 mois, subissent une atténuation proportionnelle à la durée de leur séjour dans l'organisme de la poule. Inoculés au cobaye, les uns déterminent encore une tuberculose générale, mais beaucoup plus lente, d'autres ne provoquent qu'une tuberculose locale qni guérit spontanément; l'intensité de la réaction locale dépend aussi de la durée du séjour des bacilles dans l'organisme de la poule. PAUL TISSIER.

Ueber die Wirkung des Koch'schen Tuberculins... (De l'action que la tuberculine de Koch exerce sur les animaux sains (lapins), par Th. GEISLER (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXV*, 3).

Geisler injecta aux lapins jour par jour $0^{gr},04$ de tuberculine jusqu'au moment où chacun eut reçu $0^{gr},4$ de cette substance. Sacrifiés ensuite, les lapins présentèrent les lésions suivantes : 1° les cellules hépatiques sont le siège d'une dégénération granuleuse, en même temps que le foie est hyperémié ; 2° les fibres musculaires du cœur sont gonflées, troubles et atteintes d'une dégénérescence granuleuse. Le muscle cardiaque est hyperémié; 3° le rein présente une hyperémie des glomérules; l'épithélium des tubes urinifères est trouble; les capillaires sont dilatés; 4° la rate est hyperémiée.

Donc même pour les lapins, la tuberculine constitue un poison altérant les éléments cellulaires de l'organisme.

La tuberculine procure-t-elle aux animaux auxquels on l'a injectée l'immunité contre une infection ultérieure? A cet effet Geisler injecta à deux lapins $0^{gr},04$ de tuberculine de deux jours en deux jours. Chaque lapin reçut ainsi $0^{gr},40$ de tuberculine. Quinze jours après la dernière injection, on pratiqua des inoculations tuberculeuses aux deux lapins,

ainsi qu'à deux témoins. Au bout de deux mois, on sacrifia les lapins, qui présentèrent les uns et les autres une tuberculose généralisée.

Ces essais montrent que la tuberculine non seulement ne confère point l'immunité, mais qu'elle ne retarde même pas l'évolution de l'infection tuberculeuse.

Geisler conclut de la façon suivante : à supposer même que la voie indiquée par Koch soit la vraie, la tuberculine est un poison violent, puisqu'elle provoque des altérations dans les organes internes. Elle n'a aucun effet thérapeutique. ÉD. RETTERER.

Tuberculose aviaire et humaine. Action de la chaleur sur la fertilité et la virulence du bacille tuberculeux, par GRANCHER et LEDOUX-LEBARD (*Arch. de méd. exp., IV*, 1).

Les cultures de tuberculose aviaire diluées dans l'eau distillée et chauffées à 70° perdent rapidement leur fertilité et leur virulence. Cette dernière n'est pas modifiée sensiblement par un quart d'heure de chauffage à 50°, mais s'abaisse nettement dès 60°. Le chauffage à sec à 70° ne fait disparaître la fertilité qu'après vingt-deux heures. Au-dessus de 80°, le chauffage rend les cultures sèches stériles en quelques heures. Les bacilles desséchés à la température du laboratoire perdent de leur virulence après trois mois ; maintenus à 20° pendant treize mois, ils tuent les animaux sans lésions constatables et sans bacilles ; conservés à 40°, ils ne donnent plus, après un mois, que des tuberculoses atypiques.

Le bacille humain est tué par la chaleur humide de 60°. Sa virulence persiste encore, mais affaiblie, après cinq minutes ; elle disparaît entre 60 et 70° ; elle se perd à 100° en une demi-minute. Avec la chaleur sèche, la virulence persiste à 70° ; elle s'atténue lentement à 100°, mais peut encore être mise en évidence après trois heures. Après chauffage à 70°, les cultures aviaires ne donnent plus une tuberculose virulente et transmissible ; mais injectées dans le sang, elles tuent par intoxication, néphrite, cardiopathie. Inoculées dans le tissu cellulaire ou le péritoine, elles provoquent un abcès, une tumeur caséeuse ou une tuberculose de surface. C'est une véritable nécrotuberculose. Straus et Gamaleia ont vu les mêmes faits avec le bacille humain. GIRODE.

Sur l'histoire du développement et du mode de propagation de la tuberculose des articulations, par D. PAWLOWSKY (*Annales de l'Institut Pasteur, p.* 116, *février* 1892).

P... a étudié expérimentalement la question en injectant des cultures pures chez des cobayes dont il enlevait l'article infecté (le genou) au bout de 1/2 1-2... 10 jours ; 2-3... 8 semaines. Le 4e jour le cartilage s'hyperémie ; le 6e jour l'articulation se gonfle, l'injection du cartilage est forte, la synoviale raboteuse, grise ; il y a quelquefois, un peu de liquide laiteux dans la jointure. Les glandes inguinales sont gonflées ; il y a œdème périarticulaire le 12e jour ; au bout de trois semaines l'article se remplit de pus, les cartilages sont rongés, grisâtres, etc. ; au bout de six semaines, la jointure se remplit de granulations.

Les bacilles injectés passent dans l'endothélium, et de là dans les fentes du tissu conjonctif, dont ils infectent les endothéliums. Dès la douzième heure on peut observer deux phénomènes parallèles : l'infection des

cellules du tissu conjonctif et des fentes lymphatiques par les bacilles et l'engloutissement des bacilles par les globules blancs; on peut distinguer trois zones de propagation : extérieure, où les bacilles sont la plupart libres dans les lacunes du tissu conjonctif; moyenne ou intermédiaire, où ils sont enfermés dans les cellules de ce tissu, souvent entourés de globules blancs; intérieure, où les bacilles se trouvent dans les globules blancs. Les bacilles, par le mouvement de l'article, sont poussés vers les orifices lymphatiques de la synoviale; en même temps apparaissent, d'autant plus nombreux qu'il y a plus de bacilles, les globules blancs qui s'emparent des bacilles. Les globules blancs peuvent passer chargés de bacilles dans la circulation et aller disséminer les bacilles. Les autres succombent sur place et deviennent globules de pus; les bacilles suivent leur marche à travers les fentes lymphatiques, infectant, chemin faisant, les cellules fixes que les globules blancs viennent entourer; c'est à ce phénomène qu'il faut rapporter le développement du tubercule.

Les globules blancs peuvent aller chercher les bacilles jusque dans les cellules fixes. S'il y a trop de bacilles, ils succombent après s'être modifiés et prennent part, après avoir subi une série de changements progressifs jusqu'à la cellule épithélioïde typique, à l'édification du tubercule, au même titre que les cellules fixes. Le tubercule est le produit d'une inflammation chronique contagieuse.

Des articulations des bacilles, transportés par les globules blancs, envahissent l'organisme par la voie lymphatique. Le système lymphatique est donc une voie de transport par ses canaux et un obstacle par ses glandes; de même les globules blancs sont utiles comme servant à combattre les leucocytes et nuisibles comme travaillant par leur émigration à l'infection générale de l'organisme. PAUL TISSIER.

Beitrag zur Lehre von den pathogenen Eigenschaften des Bacillus pyocyaneus, par A. SCHÆFER (*Thèse de Berlin*, 1891. *Hygienische Rundsch.*, *I.* 925, 1er *novembre* 1891).

Guidé par les expériences de Charrin (*R. S. M.*, XXXIII, 51, XXXIV, 53, et XXXV, 62), Schæfer, à l'aide d'injections intra-veineuses et sous-cutanées de cultures du bacille pyocyanique, a déterminé chez des lapins et des chiens, selon les doses, soit une maladie plus ou moins rapidement mortelle, soit une affection passagère.

Avec des injections répétées de doses non mortelles de cultures pures et stérilisées du même bacille, il a rendu des lapins réfractaires à l'action de doses généralement mortelles.

L'autopsie des animaux infectés lui a permis de constater qu'à la suite d'injections intra-veineuses, les bacilles, répandus d'abord dans tous les organes, ne se retrouvent ensuite que dans les reins et dans l'urine, tandis qu'à la suite d'injections sous-cutanées, le bacille ne semble pas parvenir dans la circulation, donnant uniquement lieu à un abcès local.

En s'injectant une culture stérilisée du bacille pyocyanique, Schæfer s'est donné une inflammation érysipélateuse avec lymphangite et fièvre tout à fait comparable à celle que Buchner a obtenue par la protéine du bacille pyocyanique. J. B.

Influenza del dissecamento su taluni microrganismi patogeni, par S. SIRENA et G. ALESSI (*La Riforma medica, p.* 157 *et* 172, 19 *et* 20 *janvier* 1892).

La dessiccation est un puissant moyen de désinfection ; son action bactéricide est due à la soustraction de l'eau aux milieux qui contiennent les bactéries ; plus la soustraction de l'eau est rapide et complète et plus la désinfection est vive et complète ; à la lumière solaire directe, la désinfection est complète, même pour les microorganismes les plus résistants, comme les bacilles sporifères du charbon. GEORGES THIBIERGE.

Sur les effets de l'inoculation directe du charbon dans les centres nerveux, par G. MARTINOTTI et A. TEDESCHI (*XVIe Congrès de l'Assoc. méd. italienne. Sienne*, 16-20 *août* 1891).

La mort est plus rapide. Il y a hyperémie des méninges, exsudat riche en multiplication des bacilles dans les méninges, les ventricules, le canal épendymaire, pénétration dans le sang et dans la rate. Il y a exaltation notable de la virulence de l'agent infectieux. DASTRE.

Sur le pouvoir pathogène des produits des staphylocoques pyogènes, par NANNOTTI (*Annales de micrographie, octobre* 1891).

Désireux de rechercher si les troubles de la nutrition, que l'on observe au cours des suppurations, sont dus à un produit soluble, l'auteur prépare des cultures pures de staphylocoque doré et de staphylocoque blanc, les filtre, les stérilise et les injecte à des lapins. En outre des désordres locaux, ces inoculations ont toujours provoqué des désordres généraux, variables suivant la quantité inoculée et le mode d'inoculation. Les produits agissent beaucoup plus activement injectés dans le tissu cellulaire qu'injectés dans le sang. Ils produisent un amaigrissement qui peut aller jusqu'à la mort. Cette terminaison est moins constante, si on les injecte dans le sang. L'auteur se demande si la raison de cette différence se trouve dans une élimination plus rapide, ou bien dans une action antagoniste du sang lui-même. Ces inoculations ne provoquent aucune immunité pour les inoculations des bactéries pyogènes ; il semble même que les produits du staphylocoque doré augmentent la réceptivité pour le staphylocoque blanc. C. LUZET.

De la suppuration, par LEMIÈRE (*Thèse de Paris*, 1891).

Le travail de Lemière est à la fois une longue revue des travaux parus et l'exposé d'idées originales, des expériences de l'auteur. Nous ne pouvons donner ici qu'une faible idée de cet important travail de plus de 600 pages. Voici un résumé des conclusions de l'auteur. Les abcès dits spontanés sont toujours dus à des microbes, causes de la suppuration. L'état pyogène n'est pas spécifique, il peut être perdu, il peut être gagné par une espèce microbienne donnée, et peut même appartenir à des amibes. Si on ne rencontre pas de microbes dans un pus, il faut admettre que des substances chimiques, sécrétées ailleurs par des microbes, sont venues causer la suppuration. On peut d'ailleurs, expérimentalement, causer des suppurations amicrobiennes par l'injection de certaines substances bien définies. Les suppurations ainsi produites

diffèrent peu des spontanées, quant à l'anatomie pathologique, au processus de formation et aux symptômes.

La suppuration diffère et de la nécrose et de l'inflammation par l'abondante diapédèse blanche, qui est provoquée soit par les substances produites par les microbes, soit par celles dues à la perversion nutritive subie par les éléments des tissus. Ces substances sont également nocives pour les cellules blanches et peuvent les tuer; la propriété de favoriser la diapédèse et celle de tuer le leucocyte peuvent en effet coexister dans une même substance.

Pour qu'un microbe soit pyogène il faut qu'il puisse troubler le fonctionnement cellulaire de façon à amener la sécrétion d'une protéide défensive en quantité suffisante pour contrebalancer l'action des ptomaïnes qui entravent la diapédèse. Il peut donc agir comme adjuvant de la diapédèse, soit en irritant faiblement la cellule s'il produit peu de substance empêchante, soit en l'irritant très fortement s'il en produit beaucoup. Un microbe peut devenir ainsi accidentellement pyogène si l'individu est débilité par une maladie antérieure; tel est le cas dans les suppurations secondaires.

Schématiquement, le tissu, en état de suppuration septique ou non, comprend une zone centrale nécrosée, une zone moyenne d'infiltration leucocytique, une zone externe de prolifération cellulaire tendant à l'enkystement. Mais, dans les suppurations septiques, la nécrose est au maximum, la diapédèse au minimum, et les lésions sont plus diffuses; inversement, dans les suppurations aseptiques, la diapédèse est maximum et la lésion plus limitée. La présence ou l'absence de bactéries peut seule fournir un critérium diagnostique.

Ces différences s'expliquent par le mode d'action des agents pyogènes. Les agents aseptiques agissent brutalement, arrivent du premier coup au maximum de leur action; les agents septiques, au contraire, ont une action lente et progressive. C. LUZET.

Ueber die toxische Wirkung des Blutes bei acuten Eiterungsprocessen (La toxicité du sang dans les suppurations aiguës), par NISSEN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 2, *p.* 29, 1892).

L'auteur a injecté dans le péritoine des souris du sérum sanguin stérile emprunté à des sujets atteints de suppurations aiguës. Il a déterminé chez ces animaux une intoxication se traduisant par l'hypertrophie de la rate, l'hépatisation pulmonaire, l'épanchement de sérosité sanguinolente dans le péritoine et la plèvre; pas de septicémie. Dans le sang et les organes des souris on ne trouvait pas de bactéries, ou quelques-unes seulement dans la rate.

Pour obtenir ce résultat, il faut du sang frais; on échoue avec du sang qui a séjourné dans un vase et avec le sang recueilli à l'autopsie.

L. GALLIARD.

Étude bactériologique de la broncho-pneumonie chez l'adulte et chez l'enfant, par NETTER (*Arch. de méd. exp.*, *IV*, 1).

Dans l'immense majorité des cas, la broncho-pneumonie est due à l'une des espèces pathogènes suivantes : pneumocoque, streptocoque

pyogène, bacille encapsulé de Friedländer, staphylocoques de la suppuration. L'affection chez l'adulte est ordinairement monomicrobienne et pneumococcique. Chez l'enfant, les formes polymicrobiennes sont plus fréquentes ; le streptocoque est peut-être plus commun, au moins dans les formes associées. Les deux microbes peuvent faire des broncho-pneumonies mamelonnées, confluentes ou pseudo-lombaires : celles-ci ne sont pas spéciales au pneumocoque, mais pourraient être plutôt le fait du bacille de Friedländer. Les parties sont alors tuméfiées et imprégnées d'un suc visqueux. La forme staphylococcique est toujours lobulaire. La maladie initiale n'influence guère la forme microbienne de la broncho-pneumonie. Cependant le streptocoque est plus commun après la diphtérie, l'érysipèle, la puerpéralité. Dans les néphrites, les pneumocoques et pneumobacilles sont plutôt en cause. Tous ces germes viennent de la cavité bucco-pharyngée ; leur fréquence relative dans les broncho-pneumonies est la même que dans la salive. Seuls les staphylocoques, constants dans la bouche, sont rares dans le poumon, sans doute par suite d'une protection spéciale des organes internes. La broncho-pneumonie est donc le plus souvent le fait d'une auto-infection secondaire ; mais elle peut être due à une contagion récente. GIRODE.

Sur une nouvelle diplobactérie pathogène retirée du sang et des urines de malades affectés de grippe, par TEISSIER, ROUX et PITTION (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 4 *avril* 1892).

Il s'agit d'un microorganisme dont le polymorphisme rendrait compte des divergences si nombreuses qui ont divisé les bactériologistes, lors des premières recherches faites sur la pathogénie de la grippe, et qui jusqu'ici n'a été retrouvé que dans la grippe ; ses propriétés remarquables de donner naissance à des spores dans les cultures sur pomme de terre, comme ses effets pathogènes indiscutables chez le lapin, réalisent un ensemble de caractères qui ne semble pas avoir encore été décrit, et, à ce titre au moins, mérite une sérieuse attention.

M. D.

Die Einwirkung der künstlichen Erhœhung... (Influence de l'élévation artificielle de la température sur l'évolution de l'infection par le diplocoque pneumonique), par P. WALTHER (*Arch. f. Hyg.*, *XII, et Hyg. Rundsch.*, *II*, 11, 1er *janvier* 1892).

Walther place un lapin dans une petite caisse close de toute part, où sa température s'élève peu à peu à 41 ou 42 degrés centigrades. Dans la même pièce, qui a une température de 36 à 37 degrés, il a un lapin servant de contrôle que, comme le premier, il infecte avec un centimètre cube de bouillon de diplocoques pneumoniques.

Tant que le premier animal se trouve avoir une température de 41 à 42°, c'est-à-dire tant qu'il séjourne dans la caisse, les diplocoques restent localisés au lieu d'inoculation, sans se multiplier ni produire d'infection. Celle-ci se produit, au contraire, une fois qu'on retire définitivement ce lapin de la caisse pour le laisser à la température de la pièce. Walther a pu ainsi faire survivre le lapin en caisse close 3 jours et 19 heures à l'inoculation, tandis que l'animal de contrôle avait succombé au bout de 18 heures. J. B.

Versuche ueber Immunisirung und Heilung bei der Pneumokokkeninfection, par G. KLEMPERER et F. KLEMPERER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 34, *p.* 851, *et n°* 35, *p.* 869, 24 *et* 31 *août* 1891).

Dans leurs expériences, G. et F. Klemperer se sont proposé les divers objets suivants : 1° conférer aux animaux (lapins) l'immunité à l'égard de l'infection par le pneumocoque; 2° guérir les animaux déjà infectés et étudier le mécanisme à l'aide duquel cette guérison s'effectue; 3° établir l'identité de ce mécanisme chez l'animal et chez l'homme.

On peut conférer l'immunité à l'égard de la septicémie pneumococcique avec toute solution nourricière dans laquelle ont végété des pneumocoques, alors même qu'on en a exclu ces derniers. L'immunité est plus rapide et plus complète quand la solution nourricière toxique, contenant ou non des pneumocoques, a été exposée un certain temps à une température élevée, comprise entre 40 (exposition durant 3 ou 4 jours) et 65 degrés (exposition durant 1 ou 2 heures). L'élévation de température n'est pas une condition indispensable, car le bouillon toxique, privé de pneumocoques, confère l'immunité même sans être chauffé, mais il en faut de grandes quantités qui déterminent une fièvre intense se prolongeant plusieurs jours, comme si cette fièvre remplaçait le chauffage ou que celui-ci remplaçât un travail qui d'ordinaire s'accomplit dans l'organisme. Il faut toujours qu'un certain temps s'écoule entre l'introduction des matières qui confèrent l'immunité et la réalisation de celle-ci, en moyenne 3 jours après injection intraveineuse, et 14 jours après injection sous-cutanée.

Les substances qui confèrent l'immunité ne peuvent ni guérir l'infection pneumococcique ni en prévenir l'explosion; l'adjonction d'agents chimiques aux cultures dépouillées de leurs pneumocoques ou à des pneumocoques de virulence atténuée, ne s'est pas montrée plus efficace. En revanche, G. et F. Klemperer ont guéri la septicémie pneumococcique en se servant du sérum sanguin d'animaux dotés de l'immunité, comme Behring et Kitasato l'ont fait pour le tétanos et la diphtérie; l'introduction directe de ce sérum dans la circulation sanguine donne des résultats plus sûrs que la voie sous-cutanée. Outre sa vertu curatrice, le sérum des lapins réfractaires a la propriété de conférer l'immunité contre l'infection pneumococcique aux animaux auxquels on l'a injecté. Comment le sérum sanguin guérit-il la septicémie due aux pneumocoques? Les expériences montrent que ce n'est ni en tuant ces micro-organismes ni en atténuant leur virulence. Une autre expérience rend vraisemblable l'hypothèse que c'est en neutralisant, au fur et à mesure de leur formation, les produits toxiques sécrétés par les pneumocoques.

G. et F. Klemperer sont parvenus à isoler la substance active des solutions virulentes privées de pneumocoques; ils la désignent sous le nom de pneumotoxine. C'est un albuminoïde, simple ou complexe, qui se présente sous forme d'une poudre amorphe blanc jaunâtre lorsqu'on l'a extraite, suivant la méthode de Brieger et de Frænkel, à l'aide de précipitations répétées par l'alcool et de redissolution dans l'eau. On atténue la virulence de cette toxalbumine, en la chauffant à 60°, et alors elle confère l'immunité sans provoquer la fièvre à laquelle elle donne

lieu sans cela. Mais cette pneumotoxine ne guérit pas l'infection pneumococcique. La guérison est due à un autre albuminoïde, l'antipneumotoxine, qui se forme dans le corps aux dépens de la pneumotoxine.

A l'autopsie des lapins qui ont succombé à l'infection pneumococcique, on ne trouve d'autres lésions que l'hypertrophie de la rate. Chez ceux seulement qui sont morts après quelques jours de fièvre intense déterminée par l'inoculation des cultures atténuées par la chaleur, on note parfois une véritable pneumonie fibrineuse lobaire. La fièvre commence avant que les bactéries soient parvenues dans le sang, et durant la vie celles-ci y sont toujours peu nombreuses; preuve que ce ne sont pas les pneumocoques eux-mêmes qui tuent, mais le poison qu'ils forment. D'ailleurs les bouillons de cultures filtrés, pour les débarrasser des diplocoques, rendent les lapins aussi malades que les diplocoques eux-mêmes. S'il en faut de plus grandes quantités pour amener la mort, c'est précisément parce qu'il n'y a pas reproduction du poison dans le corps, comme quand on injecte les cultures mêmes.

D'une façon générale, l'homme est bien moins impressionnable au pneumocoque que le lapin. Par des expériences sur eux-mêmes, puis sur des malades cancéreux, G. et F. Klemperer ont reconnu que l'injection sous-cutanée d'une dose de culture mortelle pour un lapin, ne provoque rien ou seulement une insignifiante réaction locale et générale. Le diplocoque de A. Frænkel est pour eux l'unique microbe pathogène de la pneumonie. Chez 15 pneumoniques, ils ont, au moyen d'une ponction aseptique pratiquée à la limite supérieure de l'hépatisation, avant la crise, obtenu un fluide gris rougeâtre, qui a toujours tué les lapins au milieu des signes de l'infection pneumococcique et qui, mis en culture, n'a donné que le diplocoque de Frænkel. De plus, le sérum de pneumoniques, recueilli après la crise, a plusieurs fois guéri l'infection pneumococcique des lapins; dans un cas, il s'était écoulé 3 mois depuis la pneumonie lorsqu'on a pris le sérum.

Si l'identité ainsi établie entre l'infection pneumococcique du lapin et la pneumonie de l'homme est réelle, le sérum des lapins dotés de l'immunité doit être un spécifique contre la pneumonie. Après s'être assurés sur eux-mêmes de la parfaite innocuité de ce sérum pour l'homme sain, ils en ont injecté de 4 à 6 centimètres cubes sous la peau de 6 pneumoniques. Chez tous, de 6 à 12 heures après l'injection, il s'est produit une chute considérable de la température, un ralentissement du pouls et de la respiration; chez 2 typhoïdiques, au contraire, l'injection du même sérum est restée sans effet sur la fièvre. Ces expériences sont encore trop peu nombreuses pour que leur valeur soit décisive, mais G. et F. Klemperer songent à les poursuivre. J. B.

Action de la dessiccation, de l'air et de la lumière sur la bactéridie charbonneuse filamenteuse, par L. MOMONT (*Ann. de l'Institut Pasteur*, *janvier* 1892).

La bactéridie sans spores contenue dans le sang desséché, peut rester vivante pendant plus de soixante jours à la température ordinaire. Elle résiste à un chauffage de plus d'une heure et demie à 92°; cultivée dans le bouillon, elle résiste moins bien à la dessiccation. L'action de l'air est peu marquée sur les bactéridies desséchées, qui meurent conservées à

l'air ou à l'abri de l'air sans avoir présenté d'affaiblissement de leur virulence.

Les bactéridies sans spores et desséchées meurent plus vite à la lumière solaire qu'à la lumière diffuse. Les bacilles de culture meurent plus vite que ceux contenus dans le sang. A la lumière l'action de l'air contribue à tuer la bactéridie sèche. Elle meurt sans que la virulence soit affaiblie jusqu'aux dernières cultures. L'action de l'air sur le mycélium bactéridien humide est très exaltée par la lumière, qui seule, sans air, a cependant peu d'action. Comme tout à l'heure, la virulence ne s'affaiblit pas. Les spores résistent beaucoup plus longtemps à l'action de l'air et de la lumière, comme les bactéries elles meurent plus vite, insolées au contact de l'air mais sans présenter d'atténuation avant leur mort. PAUL TISSIER.

Contribuzione allo studio delle vie d'eliminazione dall' organismo dello stafilococco pyogeno aureo, par G. TIZZONI (*La Riforma medica*, *p*. 289, 4 *mai* 1891).

Un homme de 20 ans, atteint de furoncles depuis le mois de mai jusqu'au commencement d'août, est pris au milieu de septembre, à la suite d'un coup sur le genou gauche, d'une arthrite intense de cette articulation avec œdème de la jambe correspondante ; les jours suivants, délire intense, sueurs abondantes ; douleurs dans les grandes articulations du membre inférieur droit et des deux membres supérieurs. L'arthrite étant reconnue suppurée, on pratique l'arthrotomie huit jours après le début de l'arthrite ; néanmoins, la fièvre continue, il y a du délire, des sueurs très profuses, une éruption de vésicules miliaires se produit sur toute la surface du corps, quelques-unes de ces vésicules sont entourées d'un étroit liséré rouge. Mort au bout de quelques jours, après amputation de la cuisse. Dans le contenu des vésicules miliaires, recueilli pendant la vie, on constate par la culture la présence du staphylococcus pyogenes aureus ; il en est de même dans l'urine, qui n'est pas albumineuse. GEORGES THIBIERGE.

Ueber den Nachweis des Typhusbacillus, par J. UFFELMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 35, *p*. 857, 31 *août* 1891).

Uffelmann utilise, pour la recherche du bacille d'Eberth dans divers milieux, la faculté de ce microorganisme de se développer sur la gélatine à la fois acidifiée par l'acide citrique et colorée en bleu avec le violet de méthyle.

Dans ce sol nourricier ainsi préparé, il ne croît, à côté du bacille typhoïdique, qu'un nombre très restreint de microorganismes ; ainsi une goutte d'eau d'une ferme fournit, sur la gélatine ordinaire, 12,500 colonies, tandis qu'elle n'en fournit que 19 sur la gélatine acide au violet de méthyle ; une goutte d'eau de Seltz en fournit 1,800 dans le premier sol et n'en fournit aucune dans le second.

Si, dans la gélatine ainsi préparée, il ne se développe pas de colonies bleues et granuleuses, on peut conclure sûrement à l'absence des bacilles d'Eberth. Il est toutefois, dans les eaux, une espèce de colonies qu'à première vue on peut confondre avec celles du bacille typhoïdique, car, comme elles, elles deviennent bleues et granuleuses. Mais elles s'accroissent plus vite et sont beaucoup plus grossièrement granuleuses. En les examinant de plus près, on les trouve composées de très petits bâtonnets qui, malgré leur mobilité, ne peuvent être confondus avec les bacilles

typhoïdiques, surtout si on étudie leur mode de développement sur pommes de terre. J. B.

Notes sur quelques examens du sang dans le typhus exanthématique, par THOINOT et CALMETTE (*Annales de l'Institut Pasteur, janvier* 1892).

Thoinot et Calmette ont recherché dans l'épidémie de l'Isle Tendy, le strepto-bacille trouvée par Hlava, 8 fois sur 10 chez les vivants, 20 fois sur 33 à l'autopsie de sujets atteints de typhus exanthématiques. Ils ne l'ont trouvé dans aucun de leurs 4 cas. A la culture et à l'inoculation, le sang pris sur le vivant dans la rate, dans le cœur et la rate à l'autopsie a donné des résultats négatifs; cependant le sang retiré contenait des éléments anormaux, petits granules mobiles et filaments mobiles ou accolés aux hématies; les filaments mobiles longs de 20 à 30 cent. de millimètres, refringents, serpentent rapidement entre les globules en s'enroulant et en se déroulant sur eux-mêmes. Ils sont souvent terminés par un renflement plus réfringent, ovoïde ou rond ayant le 1/3 ou le 1/4 du diamètre des hématies. Sur le filament quelque renflement secondaire. Accolés aux globules et oscillant existent quelques renflements isolés.

Sont-ce là des éléments spécifiques ou des stades de destruction globulaires, les auteurs posent la question tout en inclinant vers la première opinion. PAUL TISSIER.

Note sur le rôle du bacterium coli commune, par Ali KROGIUS (*Arch. de méd. exp. IV*, 1).

Sur 17 échantillons d'urines pathologiques recueillies aseptiquement dans la vessie des malades, l'auteur a pu 12 fois isoler un microbe, petit bâtonnet mobile qui présente quelques variations dans ses caractères, mais reproduit d'une manière générale les aspects de la bactérie décrite par Clado, Albarran et Hallé. D'autre part, il coagule le lait rapidement et produit chez les animaux les mêmes lésions que le bacille d'Escherich. Il en ressort que la bactérie urinaire n'est autre chose que le bacille coli communis, éventuellement modifié par son séjour dans les voies urinaires. GIRODE.

Influence de la dessiccation sur le bacille du choléra, par GUYON (*Arch. de méd. exp., IV*, 1).

On admet généralement que la dessiccation détruit rapidement la vitalité du bacille cholérique. Or, si l'on dessèche une culture dans l'exsiccateur à acide sulfurique, la vitalité est beaucoup plus longtemps conservée. Dans ce milieu sec, l'oxygène de l'air ne peut plus agir sur les bacilles et en amener la combustion progressive. La culture résiste même dans ces conditions à l'influence bactéricide des vapeurs sulfuriques, de l'acide carbonique, des essences de moutarde et d'ail. Il est facile de montrer que les mêmes agents en présence de l'eau entraînent rapidement la mort du bacille virgule. Il en résulte que la dessiccation pourrait être considérée non comme un agent de destruction, mais comme un moyen de conservation des bacilles. GIRODE.

Ueber peritoneale Infektion, par Alexander FRÆNKEL (*Hygienische Rundschau, I*, 705, 1er *septembre* 1891).

Sur 31 cas de péritonite humaine dont il a pratiqué l'examen bactériologique, Fraenkel a trouvé 20 fois 1 seul microorganisme, savoir : la bactérie commune du colon, 9 fois; le streptocoque pyogène, 7 fois; la bactérie aérogène du lait 2 fois ; le diplocoque pneumonique et le staphylocoque pyogène doré, 1 fois chacun. D'autre part, il a, dans 8 autres cas, constaté diverses associations microbiennes, savoir : 3 fois des bacilles de dimensions variées, parmi lesquels prédominait la bactérie du colon; 3 fois des mélanges de bactéries; 1 fois le diplocoque pneumonique avec la bactérie aérogène du lait; 1 fois une espèce non encore décrite mais très voisine de la bactérie du lait. Enfin, dans les 3 derniers cas, il n'a trouvé aucun microorganisme.

En introduisant la bactérie commune du colon dans la cavité abdominale, Fraenkel a provoqué les diverses formes de l'infection péritonéale.

Mêmes résultats à la suite de l'introduction de la bactérie aérogène du lait.

En somme, on peut distinguer trois sortes de péritonites : 1° celles dues aux microorganismes pyogènes; 2° celles dues aux bactéries fécales du contenu intestinal; 3° celles dues à des substances toxiques, telles que la bile, et sans adjonction de microorganismes. J. B.

Die Ursache der Eklampsie eine Ptomaïnämie... (L'éclampsie est une ptomaïnémie), par Al. FABRE (*Archiv f. pathol. Anat., CXXVII*, 1).

Fabre rapporte plusieurs séries d'expériences faites sur le lapin afin de déterminer : 1° le chiffre de mortalité dans la néphrectomie pratiquée en un seul temps ou en deux temps ; 2° l'étiologie de la néphrite gravidique ; 3° l'étiologie de l'éclampsie puerpérale.

Voici les principaux résultats qu'il tire de ses recherches :

1° Dans la néphrectomie d'un côté, la mortalité s'élève chez le lapin à 66 0/0 ; 2° la ligature de la veine rénale donne une mortalité de 43 0/0 ; 3° la ligature de l'un des uretères donne une mortalité de 12 0/0 ; 4° quant aux lapins, qui avaient survécu à la ligature de l'un des uretères, ils supportaient bien la néphrectomie du même côté, lorsqu'on la pratiquait 14 jours après la ligature de l'uretère ; 5° la néphrectomie en deux temps donne donc une mortalité de 12 0/0, au lieu de celle de 66 0/0 (vieille méthode) ; 6° les animaux qui avaient succombé dans l'espace des deux heures consécutives à l'opération, périssaient de néphrite infectieuse ; 7° l'infection qui amène ce résultat s'observe aussi bien chez l'homme que chez le lapin ; 8° la différence de mortalité observée dans les deux méthodes de néphrectomie est due essentiellement à ce que la néphrectomie en deux temps permet au rein de l'autre côté de s'adapter au surcroît de travail sécrétoire.

Quant aux causes de la néphrite gravidique, voici ce qu'a observé Fabre : 1° En injectant des microorganismes dans les veines sur les lapins dont il avait lié l'un des uretères, il constata une mortalité de 40 à 46 0/0, au lieu de 12 0/0 après la ligature simple ; 2° L'injection de fortes cultures de microorganismes amena toujours une néphrite parenchymateuse intense sur le rein du côté laissé intact, tandis que le rein

correspondant à l'uretère lié était atteint d'une néphrite partielle (rein diversement coloré) ; 3° le rein gravidique reconnaît pour cause *a*) l'infection du sang et *b*) un obstacle à la sécrétion urinaire ; 4° plus l'une et l'autre de ces lésions sont prononcées, plus la néphrite gravidique peut survenir rapidement ; 5° la compression de l'uretère amène de préférence une néphrite partielle ; 6° chez l'homme, il vit survenir une néphrite aiguë du rein restant, après l'extirpation de l'autre rein atteint de carcinome ; les accidents urémiques amenèrent la mort au bout de 6 heures ; 7° dans les trois cas d'éclampsie, il parvint à retirer des infarctus blancs du placenta, six espèces différentes de microcoques toutes capables de produire une néphrite parenchymateuse ; 8° les infarctus blancs du placenta humain concourent probablement à déterminer la néphrite gravidique ; cependant les microorganismes contenus dans le sang suffisent, dans le cas de rétention de l'urine, à produire le rein gravidique.

Favre conclut de ces expériences que l'éclampsie puerpérale est causée par les microorganismes ou leurs produits de sécrétion. Cette maladie ne serait donc point une urémie, mais probablement une ptomaïnémie. ÉD. RETTERER.

Ueber das Vorkommen des Proteus vulgaris... (De la présence du proteus vulgaris dans une suppuration putride phlegmoneuse), par HAUSER (*Münch. med. Woch.*, *n°* 7, *p.* 103, 1892).

Dans une suppuration putride due à une piqûre anatomique, Hauser trouve de très rares chaînettes de streptocoques, dont quelques membres présentaient des signes de dégénération. Les cultures donnèrent du proteus vulgaris et des streptocoques. La rareté de l'infection par le proteus chez l'homme et la petite quantité de streptocoques contenus dans le pus doit faire admettre ici l'existence d'une symbiose ou association microbienne. Le streptocoque, par son action nécrosante, favorise l'action du proteus, à lui seul indifférent, et le proteus, bactérie saprophyte, favorise la multiplication du streptocoque par ses produits. La rareté du streptocoque ne constitue pas ici une preuve contre cette assertion, car il peut avoir rapidement diminué de quantité. C. LUZET.

Ueber die pathogene Wirkung... (De l'action pathogène du staphylocoque doré sur quelques animaux), par BURGINSKY (*Arbeiten aus dem path.-anat. Institut zu Tübingen, I, n°* 1, 1891).

Les staphylocoques provenaient de vieilles cultures. Cultivés sur agar et inoculés à des lapins, ils ne purent produire de la péritonite, mais seulement des abcès sous-cutanés ou intra-musculaires. Ces nouveaux staphylocoques purent provoquer de la péritonite chronique et quelquefois des symptômes généraux. La nouvelle génération ainsi obtenue fut capable de causer des péritonites mortelles. Dans les cas dont l'évolution fut le plus rapide, on ne trouva pas de pus dans la cavité péritonéale ; néanmoins la sérosité péritonéale contenait de très nombreux staphylocoques. La virulence de ces microbes, presque nulle au début de la série d'expériences, s'est fortement et progressivement accrue. Ces remarques expliquent comment il se fait que les expéri-

mentateurs, avec un même microbe, aient pu obtenir des résultats très différents. LEFLAIVE.

Ueber ein pathogenes Fadenbakterium (Streptothrix cuniculi), par Georg SCHMORL (*Deutsche Zeitschrf. f. Thiermed. und vergleich. Pathol. et Hyg. Rundschau, I*, 882, 15 *octobre* 1891).

Une épizootie ayant fait succomber les 25 lapins d'une des cabanes de l'Institut pathologique de Leipzig, Schmorl a constamment trouvé, à l'autopsie de ces animaux, un même microorganisme, 20 fois en cultures pures, 5 fois associé à un coque et un petit bacille non pathogènes. Schmorl en conclut :

1° Dans la maladie infectieuse des lapins, qui se traduit anatomo-pathologiquement, par un sphacèle débutant à la lèvre et s'étendant rapidement au tissu sous-cutané, par des inflammations fibrineuses des séreuses (plèvre, péricarde ou péritoine), ainsi que par des lésions inflammatoires des poumons, on rencontre, comme agent morbide, un microorganisme appartenant à la classe des leptothrix ou à celle des cladothrix.

2° On peut obtenir ce champignon en cultures pures, uniquement dans le sérum sanguin. C'est un anaérobie obligé.

3° Les cultures pures, inoculées à des lapins sains, provoquent chez eux les mêmes phénomènes morbides que l'affection spontanée, et des organes ainsi rendus malades, on peut recultiver le microorganisme à l'état de pureté.

4° En dehors des lapins, il n'y a que les souris blanches qui offrent de la réceptivité pour cette infection ; les cobayes, chiens, chats, pigeons et poules y sont réfractaires.

5° Dans les corps de l'homme et du cobaye, ce microorganisme ne peut se développer qu'autant que le terrain a été préparé par les microbes pyogènes ; mais il n'est pathogène ni pour l'homme ni pour le cobaye.

J. B.

La refrattarietà delle scimie, e degli animali en genere all' infezione degli parassiti malarici dell' uomo, par A. ANGELINI (*La Riforma medica, p.* 758, 16 *décembre* 1891).

Angelini a injecté, dans la veine axillaire d'un singe (cinocephalus sphynx), 2 centimètres cubes de sang pris dans la veine basilique d'un homme à l'acmé d'un accès de fièvre, sang qui contenait un petit nombre de plasmodes à l'état amiboïde et à l'état annulaire. L'animal, tenu en observation pendant 26 jours, n'a présenté aucun trouble morbide et son sang n'a jamais renfermé de parasites. Une autre inoculation, faite au même animal avec du sang renfermant une grande quantité d'hémoparasites, tant à l'état amiboïde et annulaire qu'à l'état de spores, et provenant d'un sujet atteint d'un accès de fièvre terminé par un coma mortel, n'a également été suivie ni d'aucun trouble morbide ni de la présence de parasites dans le sang. GEORGES THIBIERGE.

La profilassi e la cura della rabbia col sangue degli animali vaccinati contro quella malattia, par G. TIZZONI et R. SCHWARZ (*La Riforma medica, p.* 205 *et* 217, 23 *et* 25 *janvier* 1892).

Dans la rage, comme dans d'autres maladies infectieuses, les effets

bienfaisants de la vaccination sont dus à la présence dans le sang d'une substance conférant l'immunité, qui se comporte comme une globuline et qui appartient probablement à la classe des enzymes. Dans l'immunisation prophylactique et curative, on peut substituer, chez les animaux et probablement chez l'homme, à la vaccination antirabique telle qu'on la pratique actuellement, les injections de sérum du sang des animaux vaccinés contre la rage, avec tous les avantages qu'il y a à substituer une substance inoffensive et non virulente à une substance virulente, si atténuée que sa virulence ait été par la dessiccation. GEORGES THIBIERGE.

Vorlaufige Mittheilung ueber Blutbefunde bei Masern (Communication préliminaire sur l'état du sang dans la rougeole), par DOEHLE (*Centralblatt f. allg. Path. u. path. An.*, *n°* 4, 15 *févier* 1892).

Doehle a examiné 8 cas, l'examen fut pratiqué du 1er au 3e jour, quelquefois du 4e au 5e et dans un cas du 1er au 7e. Dans le sang frais il trouva des corps plus ou moins nombreux mobiles dans le plasma et dans les cellules. Immédiatement après l'éruption ces corps étaient tous dans les globules rouges, auxquels ils imprimaient de légers mouvements dans tous les sens, d'ailleurs très limités. Le froid arrête les mouvements; lorsqu'on maintient la préparation à une température convenable les mouvements persistent deux jours.

Ils ont de 1/2 à 1 μ de diamètre, ils présentent une zone externe claire et un noyau central obscur; dans quelques cas ils sont plus volumineux, ovoïdes et présentent deux noyaux; certains même présentent des divisions actives du noyau (en quatre).

Quel est le mécanisme des mouvements de ces corps : Doehle a pu distinguer avec la méthode de Löffler des cils mobiles aussi bien sur les corps libres que sur ceux contenus dans les cellules. PAUL TISSIER.

Ueber die Wichtigkeit der Milz... (De l'importance de la rate dans l'immunité expérimentale du lapin contre le tétanos), par TIZZONI et CATTANI (*Centralbl. f. Bakt.*, *XI*, *p.* 325).

Les lapins privés de rate n'ont pas obtenu par la méthode habituelle d'immunité tétanique à l'inverse des lapins témoins. La même dose de culture, inoffensive pour ceux-ci, tuait les premiers. Reste à déterminer si la rate agit en formant une substance immunisante, ou si elle transforme les produits bactériens injectés. C. LUZET.

Experimentelle Untersuchungen ueber das Tetanus-Gift, par S. KITASATO (*Zeitschrift f. Hyg.*, *X*, *et Hyg. Rundsch.*, *I*, 1046, 15 *décembre* 1891).

1° *Effets toxiques des cultures filtrées.* — Les produits de la filtration des cultures tétaniques, ne contenant aucun bacille, ont sur les animaux les mêmes effets tétanisants que les cultures tétaniques virulentes; c'est la preuve que le tétanos est une intoxication et non pas une infection générale de l'économie. Les phénomènes tétaniques ont toujours apparu en premier lieu dans les membres les plus rapprochés du lieu d'inoculation.

Les accidents tétaniques surviennent au plus tard le 3e jour, sinon les animaux demeurent indemnes.

L'inoculation à d'autres animaux de fragments d'organes des animaux tétaniques, est toujours demeurée infructueuse.

2° *Action des agents physiques sur le poison tétanique.* — Ce poison est assez sensible à l'action de la chaleur ; il supporte 10 minutes une température de 60 degrés; à 65°, il est détruit en moins de 5 minutes. A la température de 55°, il ne perd sa virulence qu'au bout de demi-heure.

Il supporte bien la dessiccation, à la température de la chambre, dans l'atmosphère d'acide sulfurique, mais la dessiccation à l'étuve le rend inerte. Même sans être desséché, il perd graduellement de sa toxicité, à 35 ou 36 degrés.

A la lumière solaire diffuse, il perd très lentement son énergie; au bout de 9 à 10 semaines il n'est encore que très affaibli. A la lumière solaire directe, il est détruit au bout de 15 à 18 heures, lors même que l'exposition a été discontinue.

Dans un espace froid et sombre, il conserve son efficacité au delà de 300 jours.

3° *Action des agents chimiques sur le poison tétanique.* — Le corps le plus actif est la chaux caustique, qui, en solution à un dixième pour cent, détruit en 1 heure le poison tétanique. Celui-ci est également assez sensible aux acides minéraux, au trichlorure d'iode et au crésol.

Kitasato n'a pas réussi à découvrir de corps capable de le précipiter sans le détruire.

Le sang du cheval, du bœuf, du veau, du mouton, du lapin, du rat et du cobaye est sans influence sur lui.

4° *Expériences pour conférer l'immunité.* — Kitasato a toujours échoué en inoculant des doses ascendantes du poison, mais il a réussi 6 fois sur 15 à rendre des lapins réfractaires à l'action du poison tétanique, en leur injectant, simultanément, et ultérieurement 3 centimètres cubes d'une solution de trichlorure d'iode au centième. Ces lapins rendus ainsi réfractaires pouvaient recevoir sans succomber une dose totale de 15 centimètres cubes du filtrat toxique. Avec le sang d'un de ces animaux réfractaires, Kitasato a conféré l'immunité à 6 souris. En revanche, le sang de la poule, qui est de nature réfractaire au tétanos, ne confère pas l'immunité aux autres animaux. J. B.

Zur Frage... (Toxine du sang dans le tétanos), par B. KALLMEYER (*Deutsche med. Woch.*, *n° 4, p.* 71, 1892).

Les résultats ont été, dans ce cas, absolument opposés à ceux de Niesen (*R. S. M.*, XXXIX, 499). L'auteur n'a pas réussi à démontrer l'existence de la toxine du tétanos dans le sang.

Fille de 16 ans, offrant les signes du tétanos au moment où on l'apporte à l'hôpital, le 21 juillet : trismus, opisthotonos, accès spasmodiques fréquents. Elle meurt le 29 juillet. On constate un petit abcès de la plante du pied ; le pus de cet abcès ne contient pas de bacilles tétaniques. On trouve en outre les congestions classiques des centres nerveux et des viscères.

Le sang est pris à la malade le 27 juillet. On en mélangea 2 centimètres cubes à l'agar et l'on ne vit pas se développer de colonie.

Une autre portion de sang fut conservée dans un verre ; après coagulation, le sérum fut inoculé à des souris blanches, à des époques différentes : 1° cinq heures après la saignée ; 2° le lendemain de la saignée; 3° le troi-

sième jour. Or, aucune des souris n'a présenté les symptômes du tétanos : tous ces animaux sont restés sains. L. GALLIARD.

Zur Pathogenese des Beri-Beri, par Wilhelm LEOPOLD (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 4, *p.* 66, 25 *janvier* 1892).

Musso et Morelli, en cultivant le sang de malades atteints de béribéri, en ont isolé 4 microorganismes : 1° le staphylocoque pyogène blanc ; 2° un micrococque caténiforme ; 3° un petit streptocoque à caractères mal déterminés et de culture difficile à l'état pur ; 4° un microcoque qu'ils considèrent comme spécifique, parce que, inoculé aux lapins, aux cobayes et aux chiens, il provoque constamment une névrite dégénérative. Les injections intra-méningées ont donné les mêmes résultats que les sous-cutanées : névrite parenchymateuse et parésie des membres postérieurs, atrophie des muscles, surtout des adducteurs qui ont perdu de leur consistance et de leur couleur. Au microscope, on remarque sous le myolemme un exsudat gélatineux, une hyperplasie du protoplasma ; les corpuscules musculaires ne se laissent teindre ni par l'aniline, ni par le picrocarmin. Dans la forme œdémateuse du béribéri, les colonies de micrococques se trouvent sur l'épicarde et le myocarde. A un stade avancé, les cellules musculaires sont réduites à un détritus finement granuleux et le myolemme ne constitue plus qu'un sac vide.

A l'autopsie des malades, on a toujours trouvé la polynévrite décrite par Baelz (*R. S. M.*, XXI, 553) et par Scheube (*R. S. M.*, XXVI, 533).

J. B.

Des organismes du rhumatisme chronique ou tendant à la chronicité, par BOUCHARD (*Cong. de l'Assoc. franç.*, *Marseille* 1891).

Dans les arthrites, on a trouvé dans les articulations malades les streptocoques, les staphylocoques *aureus* et *albus*. Le *staphylococcus albus* est le moins purulent ; on le trouve dans les rhumatismes qui sont plastiques, qui ne suppurent pas. On a trouvé également le bacille d'Eberth, de Koch, etc., et même un bacille indéterminé auquel on a donné provisoirement le nom de *bacillus articulorum*, jusqu'à ce qu'on le connaisse mieux.

En cherchant dans les cas qui ne suppurent pas, qui se localisent dans une articulation et tendent à la chronicité, c'est-à-dire dans les cas les plus simples, Bouchard est arrivé à des résultats qui lui paraissent de nature à jeter quelque lumière sur les microbes du rhumatisme. Dans onze cas de ce genre il a retiré le liquide périarticulaire par aspiration antiseptique, et dix fois il a ensemencé et obtenu une culture ; neuf fois il a trouvé l'*albus*, sept fois seul et associé, deux fois avec l'*aureus* et deux fois le *bacillus articulorum*. Il a pris soin de n'avoir affaire qu'à des rhumatismes spontanés sans cause appréciable, non traumatiques, non dus à une infection générale, sans blennorragie. Dans un cas de blennorrhée, il était associé à l'*aureus*. Dans tous les cas, il s'agissait d'un rhumatisme mono-articulaire primitif ou poly-articulaire devenu mono-articulaire.

C'est donc le *staphylococcus albus* qui semble le microbe caractéristique du rhumatisme. A. C.

Sull'influenza della temperatura... (De l'influence de la température sur la régénération cellulaire particulièrement au point de vue de la guérison des traumatismes), par PENZO (*Gaz. degli ospitali*, n° 34, 1891).

Si l'on maintient pendant 1 ou 2 jours à des températures différentes deux points symétriques de la peau, on reconnaît que le point maintenu à une température de 34° à 38° montre un grand nombre de figures karyokinétiques dans les cellules épidermiques, tandis qu'elles sont très rares au point maintenu à une température de 7° à 12°. La chaleur a donc une influence manifestement favorable sur l'activité de la régénération épithéliale.

Chacune des deux oreilles d'un lapin ayant subi une même incision, l'une est maintenue à une température constante de 8° et l'autre à 33°. Tandis qu'à la seconde les bords de l'incision étaient soudés au bout de 8 à 10 jours, au bout du même temps l'oreille froide non seulement n'était par guérie, mais encore la plaie était sèche et la surface cartilagineuse semblait nécrosée.

Si l'on fracture les avant-bras d'un lapin et si l'on maintient les membres à des températures différentes, au bout de 24 heures on peut déjà voir que le périoste forme un cal du côté chaud ; rien de pareil du côté froid. Au bout de 3 à 4 jours, le sang est presque complètement résorbé du côté chaud ; du côté froid, il ne s'est produit aucun changement.

LEFLAIVE.

I. — Zur Aetiologie des acuten Gelenkrheumatismus, par SAHLI (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 1, p. 22, 1er *janvier* 1892).

II. — Discussion de la Société médicopharmaceutique de Berne (*Ibidem*, p. 24).

I. — Guttmann a trouvé le staphylocoque pyogène doré dans les exsudats séro-fibrineux d'un rhumatisant ; mais le fait n'était pas démonstratif parce qu'il y avait complication de péricardite suppurée et d'abcès du rein. Sahli n'a jamais constaté de microorganismes dans le liquide des articulations recueilli sur le vivant ; il en a été de même à la clinique de Leyden.

L'idée est alors venue à Sahli de les rechercher dans les tissus mêmes.

Jeune fille de 16 ans ayant succombé à une seconde atteinte de rhumatisme articulaire aigu (justiciable chaque fois du salicylate), compliqué de péricardite et de pleurésie double séro-fibrineuses et d'endocardite récente des valvules mitrale, tricuspide et aortique, sans trace de suppuration nulle part. Autopsie 14 heures après la mort, en hiver. Ensemencement des organes malades sur l'agar et la gélatine. Toutes les cultures ont le même aspect jaune citron et liquéfient la gélatine. Le microscope révèle dans toutes, la présence du staphylocoque citrin. Les cultures sur plaques montrent qu'il s'agit partout de cultures à l'état pur. Les microorganismes se rencontrent surtout dans la membrane synoviale du genou, puis dans les dépôts fibrineux du péricarde et dans les couches profondes de ce dernier, dans les végétations de l'endocarde, dans le sang (en quantité moindre ici, car toutes les cultures ne levèrent pas) et enfin dans les ganglions bronchiques tuméfiés. Sahli a oublié de les rechercher dans toutes les pleurésies. Les cultures entreprises avec le liquide des jointures n'ont pas donné de résultats.

Les expériences d'inoculation sur des lapins sont restées négatives bien que la virulence des staphylocoques injectés fût accrue par du glu-

cose. Il est donc possible que ces staphylocoques, bien que d'aspect tout à fait semblable à ceux du pus, en soient différents ou tout au moins qu'il s'agisse du staphylocoque pyogène citrin devenu incapable de produire de la suppuration, à cause de sa virulence affaiblie.

II. — Guillebeau signale la ressemblance du staphylocoque trouvé par Sahli dans le rhumatisme avec le staphylocoque jaune rencontré dans la mammite aiguë des vaches qui offre les caractères d'un catarrhe aigu non purulent. Les injections de ce staphylocoque dans le pis des vaches provoquent une forte inflammation et tandis que les lapins sont complètement réfractaires. Guillebeau rattache l'inflammation à la production d'acide lactique par les microorganismes (*R. S. M.*, XIV, 591 ; XXII, 209 et XXXI, 130). J. B.

Note on a new... (Note sur un nouveau microorganisme chromogène, le bacillus viridans, trouvé dans les vésicules de l'herpès labial), par Saint-Clair SYMMERS (*Brit. med. j., p.* 1252, 12 *décembre* 1891).

Ce bacille a été recueilli dans la sérosité des vésicules d'herpès labial d'un garçon souffrant de pneumonie aiguë (au 5e jour). Sa caractéristique est de produire une pigmentation verdâtre du milieu de culture, alors que lui-même est d'un blanc grisâtre. Il est aérobie dans une certaine mesure, mais peut se développer en l'absence d'oxygène; seulement alors il ne donne plus de pigment. Cultivé sur la pomme de terre, il pousse facilement, mais ne donne pas de pigment : dans le bouillon, il en donne; mais si l'on ajoute au bouillon de la créosote à 1/100, il cesse de produire du pigment.

Morphologiquement, il se présente sous la forme de filaments solides, sans cloisons ni spores : celles-ci apparaissent quand on entrave le développement du microbe par un antiseptique.

Le pigment produit est d'un jaune verdâtre : l'ammoniaque et les alcalins en général exagèrent la couleur verte : le chloroforme ne la dissout pas, ce qui prouve que ce n'est pas de la pyocyanine. H. R.

Sur la transformation des virus à propos des relations qui existent entre la vaccine et la variole, par CHAUVEAU (*Bull. acad. méd.*, 20 *octobre* 1891).

Chauveau rappelle qu'il a, à plusieurs reprises, dans différents mémoires, relaté les résultats de ses expériences sur la transformation de la variole en vaccine; la réponse fournie par ses expériences a toujours été négative. Il en est de même des recherches qu'il a entreprises pour contrôler les recherches d'Eternod et Haccius. (*Voy. R. S.M. XXXVII*, p. 457.)

Aussi l'auteur s'en tient-il toujours à cette conclusion. Le virus variolique, dans l'organisme des animaux de l'espèce bovine, reste virus variolique. Il ne se transforme point en virus vaccinal et ne manifeste même aucune tendance à subir cette transformation.

A ce propos, Chauveau considère ce que l'on entend par les termes de transformation et d'atténuation des virus et il soutient que la vaccine et la variole, quoique étroitement unies par des liens d'intime parenté, dérivant peut-être d'une souche commune, sont deux virus différents, pouvant, chacun d'eux, s'atténuer ou s'exalter suivant certaines in-

fluences; mais, d'après lui, ces deux virus ont une individualité propre, qui doit faire rejeter cette opinion que la vaccine est une atténuation de la variole. OZENNE.

I. — Inoculation for yellow fever by means of contaminated mosquitoes (Inoculations contre la fièvre jaune au moyen de mouches contaminées), par Charles FINLAY (*Americ. j. of the med. sc., septembre* 1891).

II. — De quelques faits relatifs à la fièvre jaune, par CARMONA Y VALLE (*Mexico*, 1890).

I. — L'auteur attribue à l'influence des inoculations par les mouches contaminées, l'acclimatation bénigne observée dans 94 0/0 des cas observés tandis que le même résultat favorable ne se rencontre toutes choses égales d'ailleurs que chez 65 1/2 0/0 des individus non inoculés; la réduction du nombre des cas de fièvre jaune normale à la proportion de 6 0/0 au lieu de 19 0/0 ; la mortalité par fièvre jaune réduite à 2 0/0 au lieu de 15 1/2 0/0. Une seule mort par fièvre jaune est à signaler sur les 67 personnes inoculées par l'auteur depuis 1881 jusqu'à aujourd'hui.

Les mouches contaminées paraissent perdre soit partiellement soit complètement leur virus après avoir piqué des sujets sains; par contre, la virulence semble s'augmenter par des piqûres successives du même insecte sur des malades de fièvre jaune.

Les inoculations faites pendant la saison froide ne doivent pas être regardées comme suffisamment prophylactiques, et doivent être répétées à l'approche de la saison chaude. F. VERCHÈRE.

II. — Dans les urines des malades atteints de fièvre jaune il se développe très abondamment une bactérie légèrement ovoïde douée de mouvements ondulatoires et longue de 1 μ. Cette bactérie conserve toutes ces propriétés malgré la dessiccation de l'urine et la pulvérisation du dépôt.

Après avoir fait évaporer l'urine de malades atteints de fièvre jaune, et après avoir pulvérisé ce dépôt, on injecta à des individus non acclimatés un ou deux centigrammes de ce résidu dilué dans un peu d'eau distillée. Plus de mille individus furent ainsi inoculés et il n'y eut qu'une fois un abcès, seule suite fâcheuse. 380 soldats non acclimatés et inoculés ne fournirent qu'une morbidité de 6,8 0/0 en 5 mois, tandis que 173 galériens qu'ils gardaient eurent une morbidité de 41,62 0/0. 174 soldats non inoculés étant venus remplacer les premiers, présentèrent en trois mois 56 cas de fièvre jaune, soit 32 0/0. LEFLAIVE.

Ueber Reincultur des Actynomyces... (Sur les cultures pures d'actynomices et leur inoculation aux animaux), par Max WOLFF et James ISRAEL (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., CXXVI*, 1).

Cultivées dans divers milieux (agar, œufs, etc.), les actinomyces se comportent comme des bactéries pléomorphes, c'est-à-dire qu'ils sont capables de revêtir diverses formes pendant leur développement. Soit sur les cultures, soit dans les organes malades, ils se présentent tantôt comme des bâtonnets, tantôt comme des filaments rectilignes ou recourbés. Ces bâtonnets ou filaments sont segmentés et articulés en cha-

pelet. La forme primitive de l'actynomyces est représentée par des bâtonnets protoplasmiques très courts, droits ou recourbés.

En inoculant les cultures pures d'actinomyces aux animaux, Wolff et Israël arrivèrent à déterminer la néoformation de tumeurs sur 17 lapins. L'actinomyces provenant des tumeurs précédentes put être cultivé sur agar ; cette nouvelle culture fut inoculée avec succès aux animaux.

ÉD. RETTERER.

Contribution à l'étude de la morphologie de l'actinomyces, par DOMEC (*Arch. de méd. exp., IV*, 1).

L'aspect extérieur des cultures de l'actinomyces, notamment sur certains milieux, tels que la pomme de terre, le pain, l'orge, rappelle déjà d'une manière frappante l'aspect d'une moisissure. Le fait que ce végétal se cultive sur les milieux fortement acides ainsi que sur les milieux fortement sucrés est un autre caractère qui le différencie de la plupart des bactéries. Enfin, la rupture du thalle, si richement ramifié, le mode de formation et le mode de germination des spores permettent d'affirmer que l'actinomyces doit être séparé définitivement de la classe des bactéries et rangé parmi le mucédinées. GIRODE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. CRINON (*In*-12, *Paris*, 1892).

Les articles nouveaux qui ont été ajoutés dans cette deuxième édition sont consacrés aux corps récemment introduits dans la thérapeutique, parmi lesquels le bromure d'éthylène, le benzo-naphtol, la cactine, le cantharidate de potasse, le chlorure d'éthyle, le dermatol, l'europhène, le gallacétophénone, l'iodopyrine, la microcidine, le pental, la tuberculine, etc.

Quelques articles anciens ont été complétés, mais rien n'a été changé au plan de l'ouvrage ; l'auteur a indiqué, pour chaque substance, le mode de préparation, les propriétés physiques et chimiques, les caractères distinctifs, les propriétés physiologiques et thérapeutiques, les formes pharmaceutiques qui se prêtent le mieux à l'administration des corps énumérés dans le volume, ainsi que les doses auxquelles ils peuvent être prescrits. A. C.

I. — Alkohol als Sparmittel für Eiweiss unter verschiedenen Ernährungsverhaeltnissen (Valeur de l'alcool comme aliment d'épargne de l'albumine dans différentes conditions d'alimentation), par Carl von NOORDEN (*Berlin. klin. Wochens., n°* 23, *p.* 554, 8 *juin* 1891).

II. — Même sujet, par KLEMPERER et réplique de von NOORDEN (*Ibidem, n°* 40, *p.* 995, 5 *octobre* 1891).

I. — De trois expériences faites sur des individus sains, von Noorden

conclut que les calories fournies par l'alcool sont bien ou mal utilisées par l'organisme, selon que l'alimentation est riche ou, au contraire, pauvre en substances albumineuses.

Ainsi s'expliquerait pourquoi tant de personnes aisées ayant un régime très azoté et prenant en outre de grandes quantités d'alcool, jouissent d'une santé excellente et acquièrent de l'enbonpoint, tandis que les individus qui se nourrissent mal, qui ont une alimentation pauvre en azote et qui boivent de l'alcool, non plus comme superflu, mais parce qu'il est moins coûteux que la graisse, tombent graduellement en cachexie. Pour la même raison, les végétariens, dont le régime habituel est pauvre en albumine, supportent très mal l'alcool.

II. — Pour Klemperer, en revanche, les expériences de von Noorden prouvent que quel que soit le degré de richesse du régime alimentaire en substances albumineuses, les calories de l'alcool, ingéré à doses modérées, sont parfaitement utilisées. J. B.

Ueber die Wirkung des Allylalkohols, par MIESSNER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 33, *p.* 819, 17 *août* 1891).

Les effets de l'alcool allylique sur l'organisme n'ont pas encore été l'objet d'une étude spéciale (*R. S. M.*, XII, 452); cependant, ils ne sont pas indifférents. Dans les fabriques de produits chimiques où l'on prépare cet alcool à l'aide de la glycérine et de l'acide oxalique, l'inhalation de ces vapeurs provoque une sécrétion profuse des paupières et du nez, une vive sensibilité de la tête et surtout des yeux à la pression, et cela non pas d'une façon passagère comme l'essence de moutarde; chez certains individus, les vapeurs d'alcool allylique déterminent aussi une presbytie temporaire.

D'autre part, l'alcool allylique, faisant partie des alcools de mauvais goût, entre dans la composition de l'esprit de bois qui sert à dénaturer l'alcool éthylique et ceux qui manient l'esprit de bois, comme ceux qui se servent d'alcool dénaturé, sont exposés aussi aux accidents signalés.

Pour élucider la question sanitaire, Miesnner a institué des expériences sur des souris blanches qu'il plaçait dans une atmosphère imprégnée d'alcool allylique, et sur des lapins auxquels il faisait ingérer cet alcool ou le leur injectait dans la peau. Les souris ont rapidement présenté de l'anxiété, de la rougeur et de la sécrétion conjonctivales, de la rougeur des portions transparentes de la peau (oreilles, museau, queue), une accélération considérable des mouvements respiratoires auxquels participent énergiquement tous les muscles du corps, du tremblement, des convulsions, puis une phase passagère de respiration irrégulière et lente, suivie de respiration superficielle jusqu'à la mort, arrivée, dans les deux expériences au bout de 67 minutes; vers la fin, il se produisit une paralysie d'un des membres postérieurs.

Les lapins ont succombé au bout de 2 heures en moyenne (à des doses de 1 à 5 dixièmes de centimètre cube), après avoir offert de la dyspnée, des convulsions et de l'asphyxie, un abaissement considérable de la pression sanguine, une faible amplitude et de l'irrégularité du pouls, une forte dilatation des vaisseaux auriculaires. Ni les souris ni les lapins n'ont offert aucun des phénomènes d'ivresse que provoquent les alcools saturés (éthylique, méthylique, propylique, isopropylique). L'autopsie des lapins

a révélé l'arrêt du cœur en diastole, des ecchymoses du péricarde et de l'endocarde, de la congestion pulmonaire, de la dilatation des vaisseaux épiploïques et de l'irritation de l'estomac. L'urine, jaune brun foncé, ne renfermait pas d'alcool allylique, ni leucine, ni tyrosine; elle ne contenait d'albumine que quand les doses d'alcool administrées avaient été massives. En résumé, les effets de l'alcool allylique diffèrent de ceux des autres alcools par les particularités suivantes : absence de tout effet narcotique; vive irritation des muqueuses; forte dilatation vasculaire; action dépressive sur la pression sanguine; perte considérable d'albumine; toxicité très grande à petites doses. L'alcool allylique est par exemple cinquante fois plus toxique que le propylique. J. B.

Thierversuche mit den Rückständen von der Rectification... (Recherches expérimentales sur les déchets de la rectification du chloroforme par le froid), par R. du BOIS-REYMOND (*Therapeut. Monats., janvier* 1892).

Les déchets de la rectification du chloroforme par le froid agissent sur le pouls et la fréquence de la respiration comme le chloroforme médicinal. La pression sanguine est, dans la plupart des cas, plus élevée au moment de l'arrêt de la respiration, lorsque l'on emploie ces déchets qu'avec le chloroforme médical. La fréquence du pouls au moment de l'arrêt de la respiration est plus grande qu'avec le chloroforme. Le temps nécessaire pour que se produise l'arrêt de la respiration est notamment plus court lorsque l'on emploie ces résidus qu'avec le chloroforme dans la proportion de 7/11. De ces recherches il résulte que dans le chloroforme du commerce sont contenues des substances qui agissent d'une façon plus marquée et plus défavorable sur la respiration que le chloroforme médicinal pur cristallisé de Pictet, qui doit être préféré dans la pratique.

PAUL TISSIER.

Ueber Pentalnarcose, par BREUER (*Soc. des méd. de Vienne*, 18 *décembre* 1891).

L'auteur a utilisé le pental dans 120 cas. L'anesthésie est très rapide ; le réflexe cornéen est conservé. Avant la perte de connaissance, il y a un stade d'analgésie. On n'emploie guère que 10 à 20 grammes de pental; dans un cas, l'auteur a dû dépenser 50 grammes.

Une fille bien portante, mais excitable, ayant été pentalisée pour subir l'extraction d'une dent et ayant absorbé, en 50 secondes, 4 grammes du médicament, tomba dans le collapsus : dilatation des pupilles, cessation du pouls et de la respiration. Il fallut pratiquer la respiration artificielle ; au bout de 9 minutes, la malade se trouvait parfaitement bien.

L'auteur pense que le pental pourrait être substitué au chloroforme, même pour des opérations longues (une fois il a tenu le patient 31 minutes sous le pental); mais ce médicament n'abolit pas complètement la contractilité des muscles volontaires. D'autre part, il est relativement cher. L. GALLIARD.

Das Pental in der chirurgischen Praxis, par von ROGNER (*Wien. med. Presse, n°* 51, 1891).

Le pental est un liquide très volatile, fortement odorant, de saveur douceâtre et un peu astringente, insoluble dans l'eau; on peut le mélanger

à l'éther, à l'alcool, au chloroforme. L'auteur l'a utilisé pour l'anesthésie chirurgicale.

Les précautions doivent être prises comme pour l'anesthésie par le chloroforme. Il n'y a pas de période d'excitation. L'insensibilité est obtenue dans tous les cas en 60 à 70 secondes; le réflexe cornéen persiste cependant. Le pouls, accéléré au début, se ralentit rapidement. La perte de connaissance n'est pas complète.

L'auteur recommande l'usage du pental pour les opérations de courte durée (incision de panaris, incision d'anthrax, ongle incarné, phlegmons). L. GALLIARD.

Nouvelles communications sur le pental comme anesthésique, par HOLLAENDER (*Therapeut. Monats., janvier* 1892).

Ces nouvelles recherches ont complètement vérifié les conclusions antérieures touchant la valeur du pental comme anesthésique pour les opérations courtes, en particulier pour l'extraction des dents. On peut se servir au besoin d'un masque ou d'un mouchoir, mais pour les opérations qui durent un peu il vaut mieux employer l'appareil de Junker. H. n'a jamais vu aucun accident. Les urines restent normales, le pental se dédoublant vraisemblablement dans le sang en acide carbonique et en eau. PAUL TISSIER.

Bromamide, par CAILLÉ (*N. York med. journ., p.* 208, 20 *février* 1892).

Le bromamide est incolore, insipide, insoluble dans l'eau, soluble dans 16 parties d'alcool bouillant, soluble dans le chloroforme, l'éther, les huiles fixes.

Chez l'homme sain il ralentit le pouls et ne provoque pas de sudation. Chez les fébricitants il abaisse la température de 1° à 2°,5. F sans déterminer les sudations que font naître d'autres agents antipyrétiques. Il n'a pas d'action diurétique. Il ne détermine pas d'accidents du côté des voies digestives (dans une observation de l'auteur, on parle cependant de coliques atroces survenues six heures après la prise du médicament). Il a soulagé diverses névralgies : s'il n'a pas calmé la névralgie intercostale symptomatique d'une compression médullaire, nul ne saurait s'en étonner.

On peut l'administrer à la dose de 0,60 centigrammes à 1 gramme chez l'adulte et de 0,06 à 0,30 centigrammes chez l'enfant à titre d'antipyrétique et d'analgésique, et même répéter les doses plusieurs fois dans la journée.

On le prescrira en capsules, en cachets ou en suspension dans un liquide. L. GALLIARD.

Le thiophen et son emploi thérapeutique, par Eduard SPIEGLER (*Therapeut. Monats., février* 1892).

Le thiophen pur est une huile incolore, transparente comme l'eau, très mobile, à point d'ébullition fixe (84 degrés) à odeur faible, non miscible à l'eau. C'est un hydrate de carbone de la série aromatique, renfermant du soufre, il a pour formule C^4H^4S. Les combinaisons du thio-

phen employées sont le thiophen-sulfate de soude et le thiophen-iodide. Le premier est une poudre cristalline blanche, contenant 33 0/0 de soufre ayant un léger goût désagréable. Il s'emploie en pommade à 5 ou 10 0/0 dans le prurigo. Dans 30 cas, il a donné de bons résultats, sans aucun signe d'intoxication.

Le thiophen-iodide, thiophen dans lequel sont remplacés deux atomes d'hydrogène par deux atomes d'iode, a été proposé comme succédané de l'iodoforme. Il cristallise en belles tables insolubles dans l'eau. Il fond à 40°,5 et se dissout à l'air; il a un goût aromatique caractéristique non désagréable. Il est soluble dans l'éther et le chloroforme. Il contient 75,5 0/0 d'iode et 9,5 0/0 de soufre. Il agit à dose faible sur les cultures. Il a donné de très bons résultats dans le traitement des plaies, des brûlures, etc. Il diminue rapidement les sécrétions et enlève toute odeur. Il provoque sur les plaies suppurantes l'apparition de granulations petites rouge vif, non aussi luxuriantes qu'avec l'iodoforme.

PAUL TISSIER.

Recherches pharmacologiques sur le salophen, par SIEBEL (*Therap. Monats. janvier* 1892).

En présence des alcalins et du suc pancréatique le salophen se dédouble rapidement et abondamment en acide salicylique et en acétylparamidophénol. La muqueuse intestinale a la même action. Il n'est ni décomposé, ni absorbé dans l'estomac. Son élimination par l'urine dure 3 jours chez l'homme et chez le chien. Il se dédouble dans le canal intestinal dans la proportion de 67,57 0/0 à 88,84 0/0. Il n'est pas absorbé en nature. A dose très élevée, une partie s'élimine par les fèces.

Chez le lapin, une dose de 5,3 par kilogramme ne détermine pas d'empoisonnement, il faut arriver à 7,4. A l'autopsie on trouve des lésions hyperémiques et hémorragiques. La mort semble due uniquement à l'acide salicylique. L'action antifermentative du salophen est celle de l'acide salicylique; il présente sur le salol l'avantage de n'avoir aucun goût, aucune odeur, et d'être beaucoup moins toxique. Il a les mêmes indications et agirait d'une façon plus énergique et plus rapide.

PAUL TISSIER.

Weitere Versuche mit... (Nouvelles recherches sur le chlorhydrate de phénocolle), par Paul COHNHEIM (*Therapeut. Monats., janvier* 1892).

Le chlorhydrate de phénocolle agit déjà comme antipyrétique à la dose de 25 centigrammes. La dose maximum employée par l'auteur a été d'un gramme renouvelée 4 fois dans jour. Il agit dans la fièvre hectique, dans laquelle 0.50 de phénocolle déterminent une chute de 2 degrés, quelquefois 3.5 et 4 degrés. La température reste abaissée pendant 3 ou 4 heures. Au moment où elle remonte on note de légers frissons, de fortes sueurs, et si l'on emploie de hautes doses, des urines foncées donnant la réaction caractéristique du phénocolle. Il n'y eut jamais ni albuminurie ni urobilinurie, jamais non plus d'exanthèmes. Il n'agit pas comme antinévralgique dans l'hystérie ni dans les autres névralgies où les divers nervins usités échouent; il réussit bien dans deux cas de rhumatisme aigu, mais échoua dans un cas de rhumatisme chronique; il ne donna

rien dans l'asthme. Son indication essentielle est donc les névralgies grippales. PAUL TISSIER.

Klinisches über das Piperazin, par BIESENTHAL et Albr. SCHMIDT (*Berlin. klin. Wochens.*, *n° 2, p. 28, 11 janvier 1892*).

Après avoir exposé les essais thérapeutiques de Vogt (Société thérapeutiq., 11 février 1891), Ebstein (*R. S. M.*, XXXIX, 72), Bardet, Heubach et Kuh (*Internat. Centralbl. f. die Physiol. und Pathol. der Harn-und Sexual-Organe*, III), Krakauer (*Aertzi. Central-Anzeiger. Wien*, 1891) et de Brik (*Wiener mediz. Blaetter*, nos 49 et 50), et ajouté quelques faits personnels, Biesenthal et Schmidt concluent :

La pipérazine, préparation cristalline, extrêmement soluble dans l'eau et absolument inoffensive, dissout facilement l'acide urique et les concrétions qu'il forme, et l'emporte à cet égard sur tous les médicaments jusqu'ici connus (soude, lithine, borax, phosphate de sodium). Comme la pipérazine est aisément absorbée dans l'estomac et qu'elle traverse l'organisme sans se décomposer, elle exerce son action dissolvante partout où elle se trouve en contact avec de l'acide urique ou avec ses concrétions et en favorise partant l'élimination.

Le meilleur mode d'administration à l'intérieur est en solution étendue à la dose de 1 gramme, répartie dans la journée et prise soit dans de l'eau ordinaire, soit dans de l'eau de soude, de préférence à l'administration sous forme pilulaire ou pulvérulente.

La saveur de la pipérazine est si faible que c'est à peine si elle est encore sensible dans une solution au centième. Si l'on fait fondre 1 gramme de pipérazine (dose quotidienne normale) dans un flacon de 500 grammes d'eau de soude, le goût de celle-ci n'en est nullement modifié.

Comme la pipérazine n'a pas d'effets caustiques sur les muqueuses, elle est éminemment propre, en solution à 1 ou 2 0/0, à des irrigations destinées à dissoudre peu à peu les calculs d'acide urique de la vessie.

Sa facile solubilité la rend apte à être employée en injections sous-cutanées (0,1 pour 1 d'eau) ou, plus diluée, en injections dans les tophus goutteux.

La solution hydro-alcoolique (1 à 2 de pipérazine, 20 d'alcool et 80 d'eau) appliquée en compresses sur les tophus peut servir d'adjuvant à la même médication interne. Comme la pipérazine ne dissout pas seulement l'acide urique, mais aussi la substance albuminoïde qui entre dans la composition des calculs, elle doit aussi ramollir et désagréger peu à peu les calculs complexes dans lesquels, outre l'acide urique, entrent des phosphates ou des oxalates. J. B.

Action du foie sur la strychnine, par G.-H. ROGER (*Archives de physiologie, p. 24, 1892*).

Héger (1877), Schiff (1877), Lautenbach, V. Jacques (1880), Munk (1889), Bouchard (1887), Gley, Gottlieb, Wertheimer en 1891 ont montré que le foie arrête les alcaloïdes végétaux, les sels de fer, de cuivre et d'ammoniaque : il agit sur les toxines des muscles putréfiés et le poison typhique (Roger, 1887-1890), sur les produits du bacille pyocya-

nique (Charrin), sur ceux du tétanos (Camara Pestana). D'autre part, le foie laisse passer les sels de potasse, l'acétone, la glycérine, la digitaline ; il est sans action sur le naphtol α, tandis qu'il modifie la toxicité du naphtol β (Bouchard). En ce qui concerne la strychnine, il y a divergence entre les expérimentateurs. V. Jacques a vu qu'une dose de 0m/mg,741 par kilog. dans la veine porte d'un chien ne détermine aucun trouble notable, tandis que 0m/m,361 dans une veine périphérique tue en trois minutes. G. Roger vérifie ces faits en pratiquant l'ablation du foie chez les grenouilles. L'animal, privé de son foie, succombe en dix-sept heures quand on lui injecte 0m/m,02 dans un sac lymphatique ; il survit quarante heures à une injection de 0m/m,83 lorsqu'il est sain. L'ablation du foie augmente dans des proportions notables la sensibilité de la grenouille à l'action de la strychnine. Dragendorff et Héger ont montré d'ailleurs que le foie conserve la strychnine, tandis qu'on ne la retrouve point dans le sang et seulement en traces dans le poumon. G. Roger reprend cette question. Il note que tous les tissus fixent cet alcaloïde, mais de façon très inégale. Le foie l'emmagasine trois fois plus énergiquement que les reins, onze fois plus que les muscles. La strychnine se comporte donc comme les autres alcaloïdes, sauf la digitaline. DASTRE.

Notes expérimentales sur la laudanine, par P. FUBINI et A. BENEDICENTI (*Archives italiennes de biologie, XVI, p.* 58, *et broch. Pise* 1891).

La laudanine est un alcaloïde de l'opium. Les auteurs constatent qu'elle est soluble dans l'huile d'olive à chaud (2 0/0) et absorbable par la cavité péritonéale. La substance agit sur la moelle épinière et sur la moelle allongée. Elle est convulsivante (Falk, 1873), puis paralysante. Elle empêche le mouvement de l'épithélium vibratile de la langue de la grenouille : elle ralentit les mouvements du cœur chez la grenouille. Elle paralyse le vague chez le chien. Ses effets convulsivants se manifestent aussi bien pour les petites doses que pour les grandes. DASTRE.

Experimenteller Beitrag zur Theorie der Muscarinvergiftung (Expériences sur la théorie de l'action de la muscarine), par Emil BERGGRÜN (*Centralbl. f. Physiologie, V, p.* 773, 27 *février* 1892).

L'auteur rejette l'hypothèse de Schmiedeberg en vertu de laquelle la muscarine produirait l'arrêt du cœur par excitation des terminaisons intra-cardiaques du pneumogastrique. Weinzweig a montré qu'à un certain stade de l'empoisonnement par la muscarine, alors que le cœur est simplement ralenti, l'excitation du pneumogastrique n'a pas plus d'effet que si l'animal était empoisonné par l'atropine. En outre l'arrêt du cœur provoqué par la muscarine peut, chez les animaux à sang froid, durer fort longtemps, tandis que l'arrêt dû à une excitation du pneumogastrique est toujours de courte durée. Grossman a d'ailleurs montré que l'arrêt du cœur par la muscarine était un arrêt en contraction (Herzkrampf) très différent de l'arrêt dû à l'excitation du nerf vague. L. FREDERICQ.

De l'action de l'ergotine et de l'ergotinine sur la circulation et les mouvements de l'estomac, par E. WERTHEIMER et MAGNIN (*Archives de physiologie, p.* 92, 1892).

Voici les conclusions de ce travail :

1° A la suite d'une injection intra-veineuse, l'ergotine Yvon, comme l'ergotine Bonjean, détermine un abaissement notable de la pression souvent précédé et suivi d'une augmentation. La diminution simultanée du volume du rein indique que la chute de la pression ne peut être attribuée à une vaso-dilatation des organes splanchniques. L'exploration directe de la pression intra-ventriculaire démontre qu'elle résulte d'un affaiblissement des contractions cardiaques ; 2° à la suite d'une injection hypodermique, les deux ergotines élèvent la pression sans abaissement préalable; 3° l'ergotine Yvon et l'ergotine Bonjean, injectées dans le sang, provoquent toutes les deux des contractions très vives de l'estomac; en injection sous-cutanée leur action sur cet organe est encore manifeste, mais moins énergique; 4° l'ergotinine Tanret en injection veineuse élève la pression et ralentit le cœur; elle ne paraît pas agir sur l'estomac, du moins aux doses moyennes. DASTRE.

La circulation du sang dans le rein, sous l'action de quelques substances, par M. ALBANESE (*Archives italiennes de biologie, XVI, p.* 285, 1891-1892, *et Annali di chimica, XIII,* 1891).

Les expériences ont été faites avec l'oncomètre et l'oncographe de Roy. L'auteur constate que la caféine augmente légèrement le volume rénal; le chloral exerce une action beaucoup plus marquée, précédée d'une diminution passagère. Les deux substances en agissant ensemble produisent une dilatation des vaisseaux égale à la somme des effets qu'elles produiraient isolément. Le curare ne modifie pas sensiblement le volume du rein. En somme, l'augmentation de la diurèse n'est pas en rapport avec l'afflux plus considérable du sang dans les reins. L'action diurétique de la caféine et du curare doit donc se localiser dans l'épithélium rénal. DASTRE.

Upon a new styptic... (Des moyens d'accroître la coagulation du sang), par A. E. WRIGHT (*Brit. med. j., p.* 1306, 19 *décembre* 1891).

L'auteur conseille à titre de styptique et de coagulant presque physiologique, une solution de fibrinogène additionnée de 1/100 de chlorure de calcium. Les expériences sur les animaux prouvent que cette solution est un puissant hémostatique et qu'elle accélère considérablement la coagulation du sang : dans une hémorragie utérine profuse, ce moyen s'est montré efficace. L'auteur voudrait le voir employé dans les cas de purpura hémorragique, de scorbut, d'hémophilie, dans les hémorragies de la fièvre typhoïde, etc. H. R.

Ueber die antituberkulöse Wirkung des Iodoforms... (De l'action antituberculeuse de l'iodoforme et des formes de tuberculose expérimentale à la suite d'inoculations de bacilles tuberculeux artificiellement atténués), par TROJE et TANGL (*Arbeiten aus dem path.-anat. Institut zu Tubingen, I, n°* 1, 1891).

L'iodoforme, aussi bien sous forme de vapeurs que sous celles de poudre ou d'émulsion, atténue les cultures de bacilles de la tuberculose au degré voulu et finit par les tuer. En inoculant aux cobayes et aux lapins ces bacilles atténués, on peut arriver à produire chez eux les lésions de la maladie perlée ainsi que les formes chroniques de la tuberculose intestinale ou pulmonaire (avec formation de cavernes). Si l'on

injecte aux animaux une préparation d'iodoforme même à haute dose en même temps qu'on leur inocule la tuberculose, on n'obtient aucun résultat thérapeutique et cette tuberculose expérimentale évolue comme d'ordinaire.

Les auteurs ont essayé de déterminer chez les animaux des abcès froids pour étudier l'action de l'iodoforme sur leurs parois ; mais ils n'ont pu obtenir des lésions de ce genre analogues à celles qui s'observent chez l'homme. LEFLAIVE.

Azione della creolina di Pearson sui bacilli del carbonchio e del mal rossa dei suini, par S. SIRENA et G. ALESSI (*La Riforma medica, p.* 373, 11 *août* 1891).

La créoline en solution aqueuse au-dessous de 60 0/0 ne tue pas les bacilles sporifiés du charbon ; à 2 0/0, elle tue en 24 heures les bacilles déposés sur des fils de soie. La solution aqueuse à 10 0/0 tue en 10 minutes les bacilles non sporifiés contenus dans la rate.

GEORGES THIBIERGE.

Zur Frage der Eisenresorption (La question de la résorption du fer, par A. J. KUNKEL (*Archiv für die gesammte Physiologie, L, p.* 1, 1891).

Les solutions ferrugineuses introduites dans l'estomac des animaux donnent lieu à une excrétion de fer dans l'urine, qui a été expliquée par une lésion épithéliale permettant le passage de la solution métallique, tandis que l'épithélium sain serait réfractaire à cette absorption. D'après Bunge, les combinaisons ferrugineuses absorbables sont des combinaisons organiques; on les retrouve dans le jaune d'œuf, dans le lait et dans les cellules du foie. Dans la chlorose, le bon effet des préparations de fer s'expliquerait par deux raisons : irritation légère de la surface intestinale favorisant la résorption des ferrugineux alimentaires organiques; obstacle apporté par les ferrugineux minéraux à la destruction des ferrugineux organiques.

L'auteur revient à l'hypothèse aujourd'hui en défaveur de l'absorption directe des combinaisons ferrugineuses. Wild (1874) constate chez l'agneau que la plus grande partie du fer alimentaire a disparu de l'estomac; et si la quantité augmente dans les autres parties du tube digestif on l'attribue à l'excrétion par les sucs digestifs qui en contiennent tous. Il y aurait donc absorption et excrétion, c'est-à-dire circulus du fer.

Kunkel donne à des chats de la viande hachée, mélangée à du chlorure basique de fer et à du sulfate de baryte insoluble qui, non digestible, sert d'index. L'animal était préalablement soumis au régime lacté, et ensuite à l'inanition. Le jour de l'épreuve, l'animal ayant reçu une certaine quantité de la ration était sacrifié; les différents segments de l'intestin examinés quant à leur teneur en fer et en baryum. On constate une petite diminution relative du fer dans l'estomac mais cette diminution est presque de l'ordre des erreurs d'expérience. — Dans une autre série d'expériences on opère sur des souris : les unes reçoivent du fer (chlorure) ajouté à leur ration, les autres la ration sans fer. On les sacrifie par saignée et on enlève le tube digestif. On analyse le fer retenu dans le corps. Il y en a davantage chez l'animal qui en a reçu. Ce fer s'accumule surtout dans le foie.

Si l'on donne à un animal (chien) une alimentation débarrassée de fer,

on observe de la faiblesse, des tremblements (Forster), et le fer excrété est en excès par rapport au fer ingéré. On ajoute à cette même alimentation des sels minéraux ferrugineux, et les animaux sont bien portants, gais, et ils augmentent de poids (Forster et Kemmerich).

En résumé il est vraisemblable que les ferrugineux minéraux peuvent être absorbés par l'organisme animal. C'est dans le foie qu'ils sont accumulés et élaborés. DASTRE.

Il sublimato e la resistenza del sangue, par A. CAVAZZANI (*La Riforma medica, p.* 711, 12 *décembre* 1891).

Pour vérifier les idées de Murri d'après lequel la syphilis favorise l'hémoglobinurie en diminuant la résistance du sang au froid tandis que le mercure agit contre cette affection en augmentant cette résistance, Cavazzani a étudié la dissolution et la précipitation du sang par des solutions de chlorure de sodium dont le titre variait de 2 à 7 0/0, dans lesquelles il faisait tomber quelques gouttes de sang. Il a constaté que le sang de lapin additionné d'une solution de sublimé à 1/2 pour 1,000 résiste à des solutions salées plus faibles que le sang non additionné de sublimé. De même le sang du lapin auquel on fait une injection sous-cutanée de sublimé résiste plus que celui du même lapin avant l'injection. Il en a été de même chez les syphilitiques dont il a étudié le sang avant et après l'injection ou les frictions avec l'onguent napolitain ou l'administration de pilules de protoiodure, mais le même effet n'avait pas été observé sur le sang du lapin mélangé avec une solution de biiodure de mercure ni sur le sang d'un lapin qui avait reçu une injection d'oxyde jaune. La résistance du sang chez les animaux soumis aux injections persistait encore au bout de 10 jours. GEORGES THIBIERGE.

Étude expérimentale du venin du naja tripudians ou cobra capel et exposé d'une méthode de neutralisation de ce venin dans l'organisme, par A. CALMETTE (*Annales de l'Institut Pasteur, mai* 1892).

Il est possible de guérir les animaux de l'envenimation en neutralisant le venin absorbé par le sang à l'aide d'injections sous-cutanées de chlorure d'or. Les autres agents chimiques préconisés pour les morsures de serpents venimeux (ammoniaque, iode, nitrate d'argent, etc.) n'ont aucune action curative. Le permanganate de potasse neutralise le poison resté dans la plaie, mais n'atteint pas celui qui est déjà absorbé.

Il faut s'opposer à cette absorption (ligature élastique interrompant la circulation veineuse) et injecter ensuite dans la plaie et autour 8 à 10 centimètres cubes de solution de chlorure d'or à 1 0/0 stérilisée, répartie en 8 ou 10 points. On fait ensuite d'autres injections au-dessus de la ligature. Elles ne sont ni irritantes, ni caustiques. Les injections faites, on retire la ligature. Ce traitement est applicable aux morsures de tous les serpents venimeux. PAUL TISSIER.

Un cas d'intoxication aiguë par la pilocarpine et l'acide pyrogallique, par Hector MAILLART et Henri AUDÉOUD (*Revue médic. Suisse romande, XI, p.* 552).

Garçon coiffeur, âgé de 23 ans 1/2; pour se suicider, il prend, coup sur

coup, 25 centigrammes de pilocarpine et 8 grammes d'acide pyrogallique dissous dans de l'eau.

Au bout de 3 ou 4 minutes, vomissements qui expulsent la plus grande partie des substances ingérées et sueurs profuses. Sécrétion exagérée de salive et de larmes. Coliques et ténesme anal : selles liquides, peu abondantes.

Trois heures après l'ingestion, pupilles étroites réagissant peu à la lumière. Peau moite, glacée; cyanose des lèvres, de la langue et de l'extrémité du nez; frissonnements continus ; température rectale de 35°,3. Pouls égal, régulier, très faible, à 80; 18 respirations. Voix abolie. Nausées. Deux heures plus tard, température 37°,4. La nuit suivante, sueurs profuses, malgré 3 milligrammes d'atropine. Urine noire contenant du pyrogallol et de la pilocarpine (décelée par injections à des cobayes). Voix normale. Le quatrième jour, un peu d'albuminurie avec cylindres hyalins, qui disparaît au bout de deux jours. J. B.

Ueber chronische Ozonvergiftung (Intoxication chronique par l'ozone), par SCHULZ (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 3, *p.* 59, 1892).

L'auteur a étudié les effets produits chez les animaux par les inhalations prolongées d'ozone. Il n'y a pas, d'après lui, d'action caustique sur les muqueuses des voies respiratoires, mais une influence nuisible exercée sur les centres de la respiration. Les désordres des centres nerveux démontrent que Bänz avait raison d'admettre la résorption de l'ozone et sa pénétration dans le sang. L. GALLIARD.

Erbrechen bei Menschen nach dem Genuss des Euters einer mit Veratrum album..., par SCHMIDT (*Berlin. thieraerztl. Wochens.*, *VII*, *et Hyg. Rundsch. II*, 56, 15 *janvier* 1892).

Schmidt avait administré à une vache atteinte d'indigestion, trois prises quotidiennes de 1 gramme 1/2 d'ellébore blanc, durant les 3 premiers jours et le 5ᵉ jour de la maladie. Le lendemain, la bête fut abattue et sa viande débitée. Une famille composée du père, de la mère et de 5 enfants acheta le pis qu'ils coupèrent en tranches et mangèrent rôti. Peu après le repas, toute cette famille fut prise de nausées et de violents vomissements, mais le lendemain, tous étaient rétablis, à part un peu d'inappétence. Il a été impossible de savoir si la chair musculaire de l'animal a donné lieu à des accidents non plus que d'instituer des expériences avec les restes du pis qui avaient été jetés (*R. S. M.*, XVI, 96). J. B.

Sclérose des cordons postérieurs d'origine morphinique, par ALT (*Berlin. klin Wochens.*, *n°* 1, *p.* 19, 4 *janvier* 1892).

Par l'administration prolongée de morphine, Alt a déterminé chez des chiens de la sclérose des cordons postérieurs de la moelle qui, durant la vie, s'était traduite par des phénomènes tabétiformes.

Aussi Alt suppose-t-il que beaucoup de lésions semblables rapportées chez l'homme à l'ataxie locomotrice, proviennent en réalité de l'abus chronique de la morphine. J. B.

7 cas d'empoisonnement par le gaz d'éclairage dans une maison sans tuyaux de gaz, par V. BUDDE (*Ugeskrift for Läger et Hygienische Rundschau*, *I*, 521, 1ᵉʳ *juillet* 1891).

Deux pièces du rez-de-chaussée étaient habitées, l'une par un ménage de 5 personnes, dont 2 jeunes enfants, l'autre par un mari et sa femme. Ces

chambres avaient un plancher mal jointoyé et étaient séparées du sol par un espace libre de 75 centimètres. Le 4 février, à dix heures et demie du soir, les habitants de la première pièce furent pris d'étourdissements, de nausées et de vomissements; le médecin qui fut appelé ne constata aucune odeur spéciale. A deux heures du matin, les accidents s'étant renouvelés, on fit venir un autre médecin qui ne remarqua pas non plus l'odeur du gaz; une large ouverture des fenêtres, prolongée jusqu'à cinq heures, dissipa les phénomènes morbides. Le matin, la maison restant close, les voisins y pénétrèrent et trouvèrent les 7 habitants plongés sans connaissance dans une atmosphère exhalant une forte odeur de gaz d'éclairage. Les 5 habitants de l'une des pièces se rétablirent rapidement à l'air libre; quant aux 2 habitants de la pièce voisine, la femme était déjà morte et son mari, transporté à l'hôpital, succomba la nuit suivante.

En creusant le sol de la rue, on trouva à 2m,3 de distance des murs de la maison, sur une conduite de gaz de 5 centimètres, un orifice de 2 millimètres qui laissait fuir le gaz. La rue non pavée était alors recouverte d'une épaisse couche de glace. Le sol était formé de gros gravier (*R. S. M.*, XVIII, 81 et XXIV, 96). J. B.

De la contracture liée à l'intoxication par le sulfure de carbone, par RENDU (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 *novembre* 1891).

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, qui depuis trois ans est employée à vulcaniser des ballons de caoutchouc dans un récipient plein de sulfure de carbone, et est directement soumise aux émanations des vapeurs sulfocarbonées; souvent elle éprouvait de la lourdeur de tête avec douleur frontale passagère. En septembre ces malaises devinrent plus intenses, s'accompagnant de nausées, faiblesse, inappétence. Le 15 septembre, début soudain d'une contraction douloureuse de la mâchoire qui disparaît pour revenir cinq jours de suite s'accompagnant de raideur du cou et du rachis. Malgré trois semaines de repos à la chambre, la contraction ne diminuait pas, et envahissait au contraire les membres inférieurs, puis les supérieurs avec douleurs, empêchant le sommeil. Le 17 octobre on note une contraction générale, accentuée surtout à la mâchoire; l'haleine est fétide, les gencives sont rouges, fongueuses, saignent aisément. Le frontal contracturé relève les sourcils; les yeux clignotent; la bouche a un rictus particulier. Le cou et tout le rachis sont rigides; la malade marche d'une seule pièce à petits pas en titubant; pas de crampes. Sensibilité intacte de la peau et des muqueuses. Réflexe patellaire exagéré. Trémulation épileptoïde des membres inférieurs en relevant le pied.

Le traitement consiste en gargarismes boriqués et en potion à quatre grammes de chloral, et bains. La malade s'améliore rapidement et toute contracture avait disparu le 30 octobre.

Rendu admet l'influence toxique du sulfure de carbone; la stomatite a été la cause de celle-ci. Il rejette l'idée d'une contracture hystérique, la malade ne présentait aucun stigmate d'hystérie. Le mémoire de Delpech seul indique quelques cas de contractures légères transitoires. H. L.

Intoxication durch arsenige Säure und Ammoniak, par E. WEBER (*Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n°* 19, *p.* 600, 1er *octobre* 1891).

Un homme de 58 ans, en état d'ivresse, avale coup sur coup environ 15 grammes de liqueur de Fowler et 60 grammes d'alcali volatil, à 9 heures 45 du soir.

Un quart d'heure après, Weber note les phénomènes suivants : vomissements de sang répétés avec lambeaux noirs, crampes stomacales intenses

avec douleurs à l'épigastre, le long de l'œsophage et dans la bouche. Langue, palais et pharynx recouverts de salive sanglante. Muqueuses brunâtres; odeur fortement ammoniacale des matières vomies; face congestionnée, pupilles très étroites, pouls un peu irrégulier. Lavages de l'estomac avec 10 litres d'eau qui ramènent d'abord de nombreux débris membraneux noirs et des caillots de sang; à la fin, le liquide était encore de teinte sanguinolente mais n'avait plus l'odeur d'ammoniaque. Un peu de soulagement, mais persistance des crampes gastriques; ptyalisme et sensibilité très vive de la cavité buccopharyngée et de l'œsophage; 100 pulsations, respiration peu accélérée. Injections de morphine et glace intus et extra.

Le lendemain matin, recrudescence des douleurs, nouveaux vomissements de sang. Emission de 150 grammes d'urine jaune clair, de réaction acide, pesant 1023 et contenant un peu d'albumine. Constipation. Salivation profuse, toux rauque, râles trachéaux bruyants et râles humides à grosses bulles dans les bronches. Muqueuse bucco-pharyngée recouverte d'une fausse membrane brune et jaune.

Le jour suivant, hoquets continus très douloureux. Selles sanglantes. Soif extrême. Toutes les muqueuses sont recouvertes d'une escharre brune. Température 38.6. Pouls à 110.

L'état reste stationnaire et la fièvre persiste encore quelques jours. Au bout d'une quinzaine, les muqueuses sont détergées et le malade peut avaler un peu de lait; pendant un certain temps, cet aliment est seul toléré. Un mois et demi plus tard, il s'était formé, à l'extrémité inférieure de l'œsophage, un rétrécissement qu'on cathétérisa avec succès.

J. B.

Ueber das Verhalten der degenerativen... (Sur les processus dégénératifs et progressifs du foie dans l'empoisonnement par l'arsenic), par WOLKOW (*Archiv f. pathol. Anat., CXXVII*, 3).

En empoisonnant des animaux par l'injection sous-cutanée de solutions arsénicales, Wolkow est arrivé aux résultats suivants :

1° Le plus souvent les cellules hépatiques subissent la métamorphose graisseuse;

2° A doses fortes et répétées, le foie présente des foyers de nécrose, qui siègent de préférence à la périphérie des lobules;

3° Sur le pourtour de ces foyers, on n'observe presque pas de phénomènes de régénération;

4° Les noyaux de beaucoup des cellules, de ces foyers, montrent une chromatolyse prononcée;

5° Dans ces foyers de nécrose, on ne voit point de phénomènes nets de mitose;

6° On observe en outre des processus inflammatoires dans les conduits biliaires et des amas de leucocytes entre les cellules hépatiques.

ÉD. RETTERER.

Kritische und klinische Beiträge zur Lehre... (Étude critique et clinique des échanges nutritifs dans l'intoxication phosphorée), par BADT (*Inaug. Diss. Berlin*, 1891).

L'intoxication phosphorée cause une destruction considérable des albumines. Ce n'est que dans les cas rapidement mortels que l'on voit l'excrétion de l'azote tomber à un chiffre très bas. Les peptones peuvent se rencontrer dans les urines en petites quantités. Les oxydations sont diminuées, ce qui est démontré par la diminution de la consommation

d'oxygène. Jusqu'au dixième jour, chez l'homme, on retrouve dans le contenu intestinal du phosphore sous forme d'acide phosphorique.

LEFLAIVE.

Remarks on a case of phosphorus poisoning..., par Fr. Ashby ELKINS et James MIDDLEMASS (*Brit. med. j., p.* 1302, 19 *décembre* 1891).

Une femme de 34 ans absorbe le contenu de deux paquets d'allumettes phosphorées. Symptômes immédiats de nausées, de vomissements, douleur épigastrique, ictère dès le lendemain. Pouls d'abord tendu, bientôt mou, dépressible et irrégulier, palpitations, bruits du cœur indistincts et lointains, arrêts et faux pas du cœur, refroidissement des extrémités. En même temps, respiration suspirieuse à type de Cheyne-Stokes, urines rares, contenant de l'albumine et de la bile. Mort au bout de cent heures.

Les symptômes cérébraux ont été, à la première période, de l'insomnie, de la stupeur, impossibilité de comprendre les questions et d'y répondre, délire alternant avec des convulsions, coma final.

L'autopsie révéla une hémorragie méningée récente et de la stéatose de tous les viscères.

Le point intéressant est l'état des cellules corticales du cerveau, qui étaient dégénérées, infiltrées de graisse, ainsi que les parois des artérioles et des capillaires des circonvolutions.

H. R.

Chromsäurevergiftung, par FUERBRINGER (*Berlin. klin. Wochens., n°* 4, *p.* 79, 25 *janvier* 1892).

Pour se suicider, un homme avale 6 grammes d'acide chromique. Mort six heures plus tard au milieu de douleurs intolérables et de phénomènes rappelant l'arsénicisme aigu. A l'autopsie, gastro-entérite hémorragique extrêmement intense ; gonflement considérable de tous les follicules clos ainsi que des plaques de Peyer.

J. B.

Glycosuries toxiques et en particulier intoxication par le nitrate d'urane, par François CARTIER (*Thèse de Paris*, 1891).

Il existe deux catégories de glycosuries toxiques : les unes bénignes, ne déterminent pas d'autres symptômes dominants que la présence de sucre dans les urines, et n'entraînent pas de lésions sérieuses, et des glycosuries malignes s'accompagnant de phénomènes généraux graves, se terminant le plus souvent par la mort. Ce qui distingue encore ces deux catégories, c'est que la première, celle qui précisément altère peu ou point la santé, fournit une quantité de sucre dans les urines infiniment plus abondante que la seconde, qui provoque des lésions microscopiques graves. La phloridzine peut donner jusqu'à 50 grammes de sucre par litre sans nuire, au lieu que l'urane amène au maximum 10 grammes par litre et tue irrémédiablement.

L'étude des glycosuries toxiques est incapable de nous éclairer sur la pathogénie et l'étiologie du diabète, mais certains empoisonnements ont de grandes analogies symptomatiques avec les phases de cette affection.

Tout diabète à son début est symptomatologiquement semblable à une glycosurie.

La présence du sucre dans l'organisme détermine une première phase de symptômes dus à l'intoxication sucrée; elle ne saurait cependant produire de lésions par elle-même.

Peu à peu sous l'influence du temps ou d'une fatigue de l'organisme,

ce sucre donne naissance à des produits toxiques qui modifient l'aspect de la maladie et qui se manifestent par la période cachectique. Si le diabète est mal supporté par l'organisme, la période cachectique peut arriver dès le début.

Ces produits, dérivés du sucre, sont des poisons cellulaires qui seuls amènent la mort et le coma, et détermineraient les lésions qu'on constate aux autopsies en dehors des complications. J. B.

Ueber Sulfonalismus, par GILBERT (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 37, *p.* 925, 14 *septembre* 1891).

Gilbert a observé 4 malades atteints de sulfonalisme. Chez les 2 premiers, les accidents étaient consécutifs à l'abus passionnel du médicament; chez les 2 autres, ils ne représentaient que des effets accessoires fâcheux.

Mais tous les 4, à côté des phénomènes morbides signalés, offraient un trouble identique de l'écriture qui était tremblée, anguleuse et ascendante. J. B.

Tœdtliche Vergiftung als Folge einer Eireibung mit Oleum animale fœtidum, par NEBLER (*Viertelj. f. gerichtl. Med. II*, 270, *octobre* 1891).

La littérature ne contient aucun fait d'empoisonnement analogue.

Une mère, dont les quatre enfants étaient atteints d'une dermatose contagieuse, les frictionne de la tête aux pieds, durant quatre heures, avec de l'huile animale fétide. Les deux plus jeunes, dont la victime, ne tardent pas à perdre connaissance, tandis que les deux plus âgés éprouvent du malaise et des vertiges. Puis, tous quatre sont pris de vomissements incoercibles avec douleurs frontales et épigastriques. Le lendemain matin, le garçon, âgé de 5 ans, est pris de convulsions et il meurt sept heures plus tard, vingt heures après le début des frictions. Les trois autres se rétablissent après avoir eu des vomissements pendant plus de vingt-quatre heures avec irrégularités du pouls.

A l'autopsie, téguments du corps bigarrés de diverses couleurs, variant, selon les points, du blanc gris au brun, au vert porracé et au rouge vermillon; au niveau du tronc, il y a des points où l'épiderme manque. Tuméfaction des glandes de l'estomac et de l'intestin. Dégénérescence graisseuse du foie. Congestion des poumons, des reins et du cerveau.

Le poison n'a pas été retrouvé dans les viscères et n'a pu être recherché dans l'urine, par suite d'un accident de transport.

L'huile animale fétide est un produit de la distillation sèche des os et autres débris animaux. De composition très inconstante, elle est formée principalement de graisses liquides et de composés organiques complexes, isomères avec les bases d'aniline, telles que la pyridine, la picoline, la lutidine, la collidine et la parvoline. J. B.

THÉRAPEUTIQUE.

Considérations sur l'antisepsie interne, mercure et broncho-pneumonie, par ROBIN (*Bull. acad. méd.*, 16 *février* 1892).

Robin rapporte l'observation d'une syphilitique qu'il avait soumise au traitement mercuriel pendant 36 jours ; malgré l'imprégnation de l'organisme par le bichlorure de mercure, dont $1^{gr},70$ furent administrés pendant cet espace de temps, la malade contracta une très grave broncho-pneumonie infectieuse, résultat d'une triple invasion microbienne (streptocoque, staphylocoque doré, diplocoque).

De ce fait, il est permis de conclure que la méthode d'antisepsie interne qui consiste à saturer l'organisme par le mercure, pour prévenir une infection microbienne, modérer la pullulation des micro-organismes et atténuer leur virulence, n'est pas applicable à la thérapeutique. OZENNE.

Note sur l'antisepsie de la phtisie pulmonaire par l'injection lente d'huile créosotée au quinzième, par GIMBERT (*Gaz. hebd. de méd. Paris*, *n°* 30, 1891).

L'appareil employé est le même que celui décrit par l'auteur dans sa communication de 1889. La créosote injectée est la créosote pure, distillée entre 200 et 212 degrés. Le véhicule est l'huile d'olive neutralisée et stérilisée.

Administrée à un sujet sain, la créosote, à la dose de 2 à 3 grammes, détermine un abaissement léger et peu durable de la température. Injectée à un malade, elle détermine des phénomènes qui évoluent en trois phases : une première phase, dite de réfrigération, caractérisée par la chute de la température, des sueurs et un ralentissement du pouls et de la respiration ; une seconde, dite d'équilibre, correspondant au retour de la température à la normale ; une troisième, dite de réaction, provoquée par des modifications passagères du tissu pulmonaire et par des élévations de température.

Les résultats fournis par les injections de créosote consistent dans la disparition rapide des sueurs nocturnes, le plus souvent après une dizaine d'injections. La toux diminue ; l'expectoration devient nulle ou insignifiante. Le pouls augmente rapidement. La fièvre disparaît.

L'injection détermine la résolution rapide du bloc de spléno-pneumonie, au milieu duquel évoluent les tubercules. La résolution est accompagnée d'élimination.

Les résultats cliniques ont été évidents chez des malades dont les lésions physiques au 2e ou 3e degré étaient indéniables.

Pour les malades cachectiques, à fièvre hectique, l'injection perd sa grande puissance. Elle ne peut que relever momentanément l'état général.

Cette méthode a l'avantage de respecter, voire même de stimuler particulièrement les fonctions gastriques. RICHARDIÈRE.

On the use of cantharidinate of potash in the treatment of pulmonary tuberculosis, par W. Soltau FENWICK et Arth. WELSFORD (*Brit. med. j.*, *p.* 1349, 26 *décembre* 1891).

Les auteurs ont employé le traitement préconisé par Liebreich pour les phtisiques, du cantharidate de potasse. Voici leurs conclusions :

1° Le cantharidate de potasse est sans aucune utilité réelle pour enrayer les progrès de la tuberculose ;

2° Dès que la dose administrée excède 20 centigrammes, il se produit de l'albuminurie, avec douleur lointaine, strangurie et même hématurie ;

3° Le médicament a paru inefficace dans deux cas de laryngite tuberculeuse, contrairement aux assertions de Fraenkel et Heymann. H. R.

Sur le traitement de la tuberculose avec les sels de cantharidine, par DEMME (*Therap. Monatshefte*, *mars* 1892).

Résumé de 28 cas, avec 20 dessins de l'état du larynx avant, pendant et après la cure : Les cantharidates sont des moyens actifs permettant d'obtenir dans la tuberculose du larynx des résultats que ne donne aucune autre méthode. Ils provoquent presque invariablement une albuminurie souvent passagère. Ils ont par contre peu d'effets dans la tuberculose du poumon ; l'expectoration devient plus facile, les bacilles ne sont pas modifiés, les lésions du poumon ne subissent aucune modification.

Dans le larynx ce sont surtout les œdèmes considérables, notamment sur les aryténoïdes, qui diminuent et parfois disparaissent. Les ulcérations deviennent plus nettes et tendent à la guérison. Les infiltrations diminuent d'une façon rapide et perdent leur consistance ferme. Il y a une sorte d'exsudation séreuse curative que l'on peut constater au laryngoscope. PAUL TISSIER.

Iniezioni parenchimali di pioctanina nella tubercolosi polmonare, par G. PELLERUTI et G. MIRTO (*La Riforma medica*, *p.* 279 *et* 291, 30 *janvier et* 1er *février* 1892).

Des résultats produits par 12 injections parenchymateuses d'une solution de pyoctanine à 1 pour 500, chez 2 sujets atteints de tuberculose pulmonaire, les auteurs concluent que ces injections sont bien supportées, sans phénomènes de réaction immédiate ou tardive, qu'elles peuvent produire une action favorable sur la fièvre hectique, qu'elles amènent la diminution du nombre des bacilles contenus dans les crachats ; mais ils ont observé dans un cas une néphrite aiguë qu'ils considèrent comme résultant de l'élimination de la pyoctanine par les reins.

GEORGES THIBIERGE.

Traitement d'une pneumonie grippale suppurée par des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine, par DIEULAFOY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 *mars* 1892).

Une femme de 47 ans, atteinte de grippe depuis un mois, entre à l'hôpital le 25 février, avec les signes d'une pneumonie intense du poumon droit ; dès le lendemain la base du poumon gauche était congestionnée. Le 27, l'ady-

namie était complète, les crachats grisâtres, purulents, le pouls misérable. Dieulafoy pratique alors à la racine des quatre membres une injection d'un centimètre cube d'essence de térébenthine; dès le lendemain amélioration légère. Empâtement œdémateux blanchâtre au niveau des points d'injection; le 29 la dyspnée a disparu; les signes d'auscultation s'atténuent; les points injectés deviennent bronzés. Le 2 mars, la malade est en pleine défervescence. Le 10 seulement on incise les quatre phlegmons dont la fluctuation est très nette; les cultures faites avec le pus furent négatives. Le 18, les phlegmons étaient presque guéris. H. L.

Des altérations locales qui peuvent succéder à l'injection de substances irritantes dans le tissu cellulaire ou le derme de pneumoniques, par NETTER (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 *mars* 1892).

Chez un malade atteint de pneumonie grave, ayant reçu plusieurs injections de caféine, il se développa autour d'une injection une sorte d'empâtement brun, d'érysipèle bronzé; l'examen bactériologique de la sérosité y montra le bacille de la septicémie de Pasteur, la solution de caféine contenait des bactéries. Mais en outre une inoculation faite à un lapin montra que la sérosité contenait en outre des pneumocoques.

Une malade atteinte de pneumonie adynamique reçoit une piqûre d'éther qui amène une plaque rougeâtre, avec crépitation gazeuse; une incision faite le surlendemain (11 mars), amena un liquide contenant uniquement des pneumocoques. De ce jour jusqu'au 28 mars, une série d'examens de la sérosité montra qu'il n'y avait toujours que des pneumocoques.

Netter cite une troisième observation où, à la suite de piqûre de caféine, on ne trouva que des pneumocoques. H. L.

Pneumonie et abcès de fixation, par RAOUL (*Rev. gén. de clin. et de thérapeutique*, *n*° 19, *p.* 295, 1892).

Chez un malade atteint de pneumonie et se trouvant dans un état alarmant, Raoul pratiqua, le cinquième jour de la maladie, deux injections d'essence de térébenthine. Dès le lendemain survint une détente sensible et l'amélioration se poursuivit jusqu'à guérison complète. G. LYON.

A proposito del metodo di Fochier nella cura delle infezioni piogene generalizzate, par MERCANDINO (*Gaz. med. di Torino*, *avril* 1892).

L'auteur a employé cette méthode dans un cas désespéré de pneumonie gauche, chez un jeune homme de 20 ans, température de 40°,5 à 41°, pouls à 130, état général grave. A la suite d'un accès de frisson plus intense, on constate une paralysie des rameaux inférieurs du facial droit, une légère déviation de la langue et une parésie de l'oculo-moteur gauche. On pense à une embolie, suite d'endocardite pneumococcique. C'est dans ces conditions que Mercandino songe à employer les injections d'essence de térébenthine; chute de la fièvre le second jour; formation de deux volumineux abcès au point d'injection. Guérison. A. CARTAZ.

Sur un cas de pneumonie traitée par la méthode des abcès de fixation, guérison, par L. BARD (*Lyon méd.*, 17 *avril* 1892).

Homme de 49 ans, entré le 25 février à l'hôpital, pour une pneumonie droite. État général grave, adynamie prononcée. En raison de la gravité du cas, de la prostration du malade, on fait au bras une injection de 3/4 de centimètre cube d'essence de térébenthine. Dès le lendemain, amélioration graduelle et guérison rapide. L'injection a provoqué un abcès franc qui, ouvert, a guéri lentement. A. C.

Beitrag zur Digitalisbehandlung (Sur le traitement de la pneumonie par la digitale), par R. HŒPFEL (*Therap. Monats., avril* 1892).

Dans 15 cas, la digitale a été donnée à hautes doses (3-4 gr. de poudre) sans déterminer aucun symptôme toxique. Il se produit parfois des vomissements, dès les premières prises: idiosyncrasie pouvant se produire avec une infusion de 0,5 dans 100.

Dès le deuxième ou troisième jour la fièvre tombe, la dyspnée, la douleur s'atténuent et dans trois cas disparurent complètement. Dans tous les cas l'évolution fut plus courte de 2-3 jours ; la défervescence se fait très souvent en lysis. Comment agit la digitale : la disparition de la dyspnée peut s'expliquer par l'action sur le cœur, mais la chute de la fièvre ne semble pas une action directe ; il y aurait action indirecte dépendant du meilleur état de la circulation. PAUL TISSIER.

Traitement des pleurésies purulentes, par DÉBOVE et COURTOIS-SUFFIT (230 *p. in*-8°, *Paris* 1892).

Dans ce travail, Debove et Courtois montrent que le traitement de la pleurésie doit varier comme varie la maladie elle-même et s'appuyer sur les notions fournies par la bactériologie.

Un premier chapitre est consacré à l'historique, revision sommaire des divers procédés employés depuis les premiers âges de la médecine jusqu'à nos jours. Dans la seconde partie, les auteurs décrivent le manuel opératoire et les indications des ponctions et ouvertures du thorax (thoracentèse, ponction aspiratrice, résection de Létiévant-Estlander). Dans le dernier chapitre, le plus personnel, ils étudient la thérapeutique applicable à telle ou telle variété de pleurésies, suivant leur constitution anatomique, leur siège (interlobaires, diaphragmatiques) leur marche (pleurésies chroniques) ou leur nature (pleurésies purulentées à streptocoques ou pneumocoques, pleurésies gangréneuses, tuberculeuses, etc.). Ce petit livre est un excellent résumé thérapeutique d'une question encore discutée. A. C.

Ueber die Behandlung des Empyems mitels der Heberdrainage (Drain-siphon de Bülau dans l'empyème), par BOHLAND (*Deutsche med. Woch., n°* 48, *p.* 1304, 1891).

Sur six cas publiés par l'auteur, il y a quatre succès. Le traitement a duré en moyenne 55 jours. Les faits de guérison se rapportent à un homme de 33 ans atteint d'empyème traumatique ; à un sujet de 19 ans chez qui la pleurésie purulente avait succédé à l'influenza ; à un homme de 52 ans, alcoolique, dont la pleurésie ne put être attribuée à une cause connue ; à un homme de 56 ans atteint de kyste hydatique du foie ouvert dans la plèvre droite.

Chez deux malades, le traitement a échoué : l'un portait un pyopneumothorax tuberculeux, l'autre un pyopneumothorax consécutif à la fièvre typhoïde. L'un et l'autre sont morts subitement. L'auteur ne pense pas que la résection costale eût empêché la terminaison fatale.

Le procédé de Bülau rend des services dans toutes les variétés d'empyème. Pour le pyopneumothorax tuberculeux, il semble préférable d'avoir recours aux ponctions répétés. Pour les autres pyopneumothorax le mode de traitement est discutable. L. GALLIARD.

Zur Behandlung der exsudative... (Sur le traitement de la pleurésie exsudative non purulente, par les préparations salicyliques) ,par H. KOESTER (*Therapeut. Monatshefte, mars* 1892).

Kœster a essayé dans 32 cas de pleurésie exsudative non purulente, l'acide salicylique ou le salicylate de soude.(il n'a remarqué aucune différence entre ces deux corps, depuis six mois il n'emploie que ce dernier à la dose de 1gr,50 de 3 à 4 fois par jour). Ces cas se divisent en deux groupes : cas de pleurésie séreuse primitive pure sans lésion tuberculeuse, à liquide séreux jaune, et cas où la maladie était secondaire. Sur 27 cas du premier groupe, il eut 17 succès, concernant des cas avec exsudat faible ou de moyenne abondance. Dans les cas fébriles la fièvre tombe rapidement et la résorption se fait en quelques jours.

La diurèse augmente dès le début avant même que l'on ne constate de signe de résorption du côté du thorax. L'état subjectif s'améliore d'une façon remarquablement rapide; la dyspnée tombe dès le second jour, et les malades se trouvent assez bien pour quitter le lit. Cette action est aussi nette dans les cas anciens que dans les cas récents. Au contraire dans 10 cas semblables la médication échoua sans qu'on trouvât de raison. Il est permis de supposer qu'il s'agissait de tuberculose latente.

Les préparations de l'acide salicylique réussissent moins bien dans ce cas. Ces observations sont donc favorables à la méthode, car elles montrent que cette médication peut réussir même dans les cas de pleurésie secondaire avec tuberculose, et l'auteur se demande si l'acide salicylique pourrait être employé dans les affections de même nature, du péritoine et du péricarde. PAUL TISSIER.

Kreosot gegen Influenza, par J. ISELIN (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n°* 24, *p.* 752, 15 *décembre* 1891).

Iselin se loue des résultats qu'il a obtenus, dans les différentes manifestations de la grippe, de l'administration de la créosote en pilules de cinq centigrammes qu'il fait prendre quotidiennement au nombre de 20 à 100, soit aux doses de 1 à 5 grammes, sans avoir jamais noté de phénomènes désagréables. J. B.

Rectal antiseptic injections, par VOIGT (*The Lancet, p.* 795, *avril* 1892).

Voigt a employé les injections rectales antiseptiques : 1° dans l'influenza ; 2° dans la phtisie avancée avec cavernes volumineuses. Il emploie l'huile d'eucalyptus. Une dose de 4 grammes d'huile d'eucalyptus mélangée de 30 grammes d'huile d'olive tiède est parfaitement supportée par un adulte sans lésion cardiaque ou rénale. Ces injections peuvent être au début données toutes les deux heures. Elles sont plus tard espacées, et la dose d'huile d'eucalyptus est diminuée de moitié une fois le soulagement produit.

Dans l'influenza le traitement fait de bonne heure abrège notablement la durée de la maladie et surtout paraît éviter la fatigue si longue et si pénible de la convalescence.

L'effet palliatif dans la phtisie a été aussi très remarquable, diminution des sueurs, des crachats, de la fièvre, de la diarrhée.

A.-F. PLICQUE.

Sauerstolffinhalation bei Asthma cardiacum... (Inhalations d'oxygène dans l'asthme cardiaque avec quelques remarques sur l'athérome de l'aorte), par M. HEITLER (*Centralblatt für die gesammte Therapie, octobre* 1891).

Les lésions du myocarde dans les inflammations chroniques diffuses sont sous la dépendance des lésions de l'aorte. L'athérome de l'aorte est parfois d'un diagnostic très difficile, lorsque les signes fournis par l'examen du cœur sont peu marqués. L'accentuation et l'élévation du second bruit aortique est importante à ce point de vue. Aussi ne faut-il jamais négliger cet examen chez les asthmatiques, même jeunes.

Le traitement de l'asthme cardiaque est difficile. Le strophantus et la digitale ont une action trop lente pour lutter contre les accès souvent très violents. La morphine est un bon moyen, que rendent dangereux la faiblesse du pouls, la tendance à la cyanose. C'est cependant à lui qu'il faut recourir, mais à petites doses (1/2 centigr.), en ayant soin, si le pouls est trop faible, de pratiquer, avant, une injection de caféine.

Les inhalations d'oxygène sont un moyen actif et moins dangereux. Elles peuvent prévenir les accès, si on les administre à la première menace : cyanose et turgescence du visage, fréquence et petitesse du pouls, agitation, accélération de la respiration, etc. PAUL TISSIER.

Beitrag zur Behandlung von Emphysem und Asthma... (Traitement pneumatique de l'emphysème, de l'asthme, etc.) par Alexander STEINHOFF (*Berlin. klin. Wochens., n° 29, p.* 724, 20 *juillet* 1891).

Steinhoff a apporté quelques modifications à la technique de l'aérothérapie par les appareils pneumatiques. A l'inspiration dans l'air condensé et à l'expiration dans l'air raréfié, il joint la compression du thorax, à l'aide d'une ceinture. En outre, au lieu d'inspirations et d'expirations lentes, il les fait faire rapides, mais avec une pause intermédiaire prolongée. De cette façon, l'air, tant comprimé que raréfié, a plus le temps d'agir sur les poumons. Enfin, durant les deux temps de la respiration, il fait chuchoter aux malades le mot *hoh*, afin de produire le rétrécissement de la cavité pharyngo-laryngée, accompagné de sifflement, qu'on note chez beaucoup d'asthmatiques et d'emphysémateux.

Pour l'emphysème, l'indication essentielle est l'aspiration dans un air raréfié, adjointe à la compression du thorax. Mais dès que le catarrhe bronchique concomitant a quelque intensité, il faut renoncer à l'air raréfié. Il en est de même pour l'asthme, qui doit être traité par les inspirations dans l'air comprimé, les expirations dans l'air raréfié et la compression du thorax. Pour la pleurésie, on attend que la fièvre ait cessé, puis l'on comprime en permanence le côté sain et l'on fait inspirer de l'air condensé par le côté malade. Pour la phtisie au début, c'est aussi à l'air comprimé qu'il faut avoir recours ; l'expiration dans l'air raréfié ne doit être employée qu'avec prudence et le degré de la raréfaction de l'air doit toujours être peu considérable.

Contre l'hypertrophie du ventricule gauche, Steinhoff a fait avec profit un usage étendu des expirations dans un air raréfié. On facilite ainsi l'aspiration thoracique du sang veineux, ce qui décharge le système artériel et soulage le cœur, aux dépens de la circulation pulmonaire.

L'emphysème (au début; plus tard le traitement ne produit que des

améliorations) et l'asthme réclament un traitement de 6 semaines, avec une ou plusieurs séances journalières de 10 à 30 minutes. Suit la relation de 10 observations concernant pour la plupart des individus jeunes. *R. S. M.*, I, 290; III, 710 ; VII, 121 et 122 ; XI, 471; XIII, 503 ; XVI, 101, 102 et 598.) J. B.

Zur Behandlung des Keuchhustens mit Bromoform (Traitement de la coqueluche par le bromoforme), par J. CASSEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 5, *p.* 100, 1892).

Cassel a traité 13 coquelucheux (4 garçons et 9 filles) par le bromoforme. Il prescrivait aux enfants d'un an 9 à 12 gouttes par jour, aux autres 12 à 15 gouttes. Pas d'accident. Aucun des enfants n'a succombé, bien qu'il y eût, dans deux cas, pneumonie catarrhale grave.

Dans tous les cas, le nombre des quintes a diminué très rapidement sous l'influence du bromoforme. Quant à l'intensité des quintes, elle s'est atténuée chez 6 malades, tandis que les quintes des 7 autres conservaient leur intensité primitive.

La durée totale de la maladie n'a pas été abrégée (61 jours en moyenne).

Ces résultats sont comparables à ceux de Neumann. Stepp et Löwenthal, au contraire, avaient la prétention d'obtenir la guérison en 2 à 4 semaines.

Cassel pense que le bromoforme agit comme narcotique. L. GALLIARD.

Étude par le procédé de Winter des modifications du suc gastrique chez les malades soumis à l'administration de l'extrait de condurango ou de la teinture alcoolique de noix vomique, par Konrad WAGNER (*Arch. de méd. février* 1892).

Des expériences de l'auteur il ressort que le condurango administré avec les aliments peut améliorer très légèrement la digestion stomacale, mais il est incapable de provoquer des modifications sensibles dans les sécrétions stomacales. Son influence sur les symptômes objectifs et subjectifs des gastrites est plus que douteuse.

La noix vomique agit favorablement dans les hypopepsies sur la quantité et les qualités du suc gastrique. Dans l'apepsie, elle est aussi impuissante qu'un grand nombre d'autres médicaments. Dans l'hyperpepsie, son emploi est contre-indiqué. RICHARDIÈRE.

Étude expérimentale et clinique sur l'application de la glycérine au traitement des coliques hépatiques, par E. FERRAND (*Bull. méd.*, 9 *mars* 1892).

Ferrand a constaté expérimentalement que la glycérine, introduite par l'estomac, gagne les canaux biliaires par les voies lymphatiques et sort par les voies vasculaires ; qu'elle agit, en même temps que laxatif, comme un véritable cholagogue, par sa pénétration directe dans le foie. C'est probablement à la transformation d'une partie de l'huile ingérée, à son émulsion, à sa saponification et à la mise en liberté de la glycérine qu'on doit les résultats des bons effets de l'ingestion d'huile dans les coliques hépatiques.

D'après ces données, Ferrand administre la glycérine comme moyen de combattre la violence des accès hépatiques et amener la fin de la

crise, ou à titre de prophylactique dans l'intervalle des coliques. Dans le premier cas, il administre 20 à 30 grammes dans une potion chloroformée. Comme prophylactique, la dose ne doit pas dépasser une à trois cuillerées à café par vingt-quatre heures, dans un peu d'eau alcaline. L'auteur publie plusieurs observations où les résultats de cette médication furent des plus heureux. A. CARTAZ.

Remarks on gall stones... (La lithiase biliaire et son traitement par l'huile d'olive), par James **GOODHART** (*Brit. med. Journ., p.* 219, 30 *janvier* 1892).

Goodhart insiste sur l'étiologie névropathique de la lithiase biliaire, et montre par des exemples combien erronée est l'opinion qui attribue les calculs à l'obésité, à la vie sédentaire, aux excès de table. Au contraire, les chagrins et les émotions morales sont presques constants chez les lithiasiques.

Il donne ensuite son appréciation sur le traitement par l'ingestion d'huile d'olive à haute dose (150 à 200 gr. par jour), et publie cinq observations où cette médication a été suivie de succès. Les malades, contrairement à ce que l'on pourrait croire, acceptent assez facilement ces grandes quantités d'huile, et leurs garde-robes ne sont même pas plus chargées de matières grasses qu'à l'état physiologique, ce qui prouve la parfaite digestibilité de l'huile. H. R.

Ueber elektrische Magen und Darmdurchleuchtung (Sur l'éclairage électrique par transparence de l'estomac et de l'intestin), par **Th. HERYNG** et **N. RICHMANN** (*Therap. Monats., mars* 1892).

Les auteurs ont réussi à éclairer l'estomac de façon à obtenir des renseignements sur la situation et les limites de cet organe et du foie en se servant d'une sonde spéciale contenant à son extrémité gastrique, une petite lampe à incandescence et portant à son extrémité supérieure un ajustage sur lequel viennent se brancher deux conducteurs pour le courant et deux tubes permettant de faire passer jusqu'au niveau de la lampe pendant l'exploration un courant d'eau froide qui empêche l'échauffement de la lampe. PAUL TISSIER.

Zur elektrische Durchleuchtung... (Sur l'éclairage électrique des organes internes, par **Th. HERYNG** (*Therap. Monatsh., mars* 1892).

Heryng a repris la question de l'éclairage de la vessie et des parois vaginales ; il a pu réussir chez le chat en introduisant une petite lampe d'Edison fixée à une sonde molle jusque dans l'œsophage à la hauteur de la bifurcation des bronches, à éclairer le sommet du poumon droit et la crosse de l'aorte, dont les contours apparaissent animés de mouvement d'ampliation synchrones avec les mouvements du cœur. PAUL TISSIER.

Ueber Wirkung und Brauchbarkeit der Columbotinctur (Sur l'action et l'emploi de la teinture de Colombo), par Hugo **SCHULZ** (*Therapeut. Monats., février* 1892).

La teinture doit être préparée à l'aide de poudre de racine de colombo traitée par l'alcool, dans la proportion de 1 pour 10 ; elle ne détermine aucune action nocive, et agit exactement comme la décoction de colombo. Elle a réussi entre les mains de Schulz chez les phtisiques, à

arrêter la diarrhée et à relever l'appétit. Elle se donne à dose assez élevée de 2 à 10 grammes. PAUL TISSIER.

Zur Wirkungsweise (Mode d'action) des Syzygium Jambolanum beim Diabetes mellitus, par H. HILDEBRANDT (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 1, *p.* 5, 4 *janvier* 1892).

Hildebrandt a cherché à se rendre compte du mode d'action du jambol dans le diabète, en expérimentant son action sur divers ferments.

Il a constaté que l'extrait aqueux des enveloppes de la graine, filtré et neutralisé, entrave l'action de l'émulsine, de la myrosine, de la diastase, ainsi que celle des ferments saccharifiants du sérum sanguin, de la salive et de l'extrait de pancréas; en revanche, il n'exerce aucune action sur la pepsine et la tripsine.

Hildebrandt en infère que l'utilité du jambol dans le diabète s'explique peut-être parce qu'il restreint dans le tube digestif la saccharification des amylacés, et dans les tissus, celle du glycogène, sans, d'autre part, troubler la digestion des albuminoïdes.

Il a, enfin, constaté que l'extrait aqueux administré à des lapins ne modifie nullement les phénomènes d'intoxication par les ferments hydrolitiques. (*R. S. M.*, XXXVII, 87). J. B.

Quelques modifications au traitement classique de la colique de plomb, par ODDO (*Marseille médical*, *n°* 5, *p.* 161, 1892).

Le plomb s'éliminant en grande partie par le foie, il y a lieu de substituer aux drastiques simples les cholagogues tels que l'eau-de-vie allemande ou l'aloès. L'élimination cutanée sera favorisée par les diaphorétiques, si toutefois l'état du rein permet leur emploi sans danger. Lorsque les bains sulfureux auront produit sur la peau une couche de sulfure insoluble, il faut en faire le décapage à l'aide d'acide chlorhydrique à 20 0/0 et de savon. Enfin il est utile, pour combattre l'anémie, d'administrer de bonne heure du protoiodure de fer à haute dose, dont l'iode favorisera la formation d'iodure de plomb éliminé par les urines.

LEFLAIVE.

Die Behandlung des Erysipels, par Stanislaus KLEIN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 39, *p.* 959, 28 *septembre* 1891).

L'ichthyol arrête incontestablement le développement des érysipélocoques dans la peau. Il abrège de moitié la durée moyenne de l'érysipèle et en atténue notablement la gravité.

On fait deux ou trois fois par jour avec la main des frictions avec une pommade à parties égales. Par-dessus, on place successivement une couche de gaze hydrophile imprégnée d'eau salicyliquée et une couche de ouate non dégraissée. Avant d'appliquer la pommade, on lave les parties malades à l'eau de savon et l'on continue la médication jusqu'à ce que trois ou quatre jours se soient passés sans fièvre (14 observations) (*R. S. M.*, XXXVIII. 511). J. B.

Ueber die Wirkung des Methylenblau bei Malaria, par Paul GUTTMANN et P. EHRLICH (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 39, *p.* 953, 28 *septembre* 1891).

Guttmann et Ehrlich ont traité avec succès deux cas de fièvre palu-

déenne par le bleu de méthylène; au bout de huit jours au plus, les plasmodies avaient disparu du sang. Ils ont administré le bleu de méthylène, chimiquement pur, en capsules de 10 centigrammes, au nombre de 5 par jour, espacées de trois heures en trois heures chez le malade atteint d'accès tierces, et d'heure en heure chez celui affecté d'accès quotidiens, en commençant dix à douze heures avant l'accès.

Cette dose de 50 centigrammes doit être continuée au moins huit à dix jours après la cessation de la fièvre.

Le bleu de méthylène ne détermine d'autres phénomènes accessoires désagréables que du ténesme vésical, qui cède facilement à l'ingestion de noix de muscade râpée.

Le bleu de méthylène provoque aussi de la polyurie. Les urines sont naturellement d'un bleu intense, mais Guttmann et Ehrlich n'y ont pas trouvé d'albumine.

Les selles contiennent le médicament à l'état réduit, car elles bleuissent dès qu'elles sont à l'air. J. B.

Ein Fall von Heilung der Tetanus traumaticus... (Cas de guérison du tétanos traumatique par l'antitoxine tétanique, par SCHWARZ (*Centralbl. f. Bakt.*, *X*, *p.* 785).

Un jeune paysan de 15 ans, blessé le 20 août à l'avant-bras, fut pris de rigidité des muscles de la face le 4 septembre, et le 6 septembre il entra à l'hôpital de Padoue en plein tétanos; on commença le traitement par le chloral et les bains chauds. La maladie s'aggrava encore, et le 18 le malade fut vu par Schwarz. A 3 heures de l'après-midi, on fit une première injection de l'antitoxine de Tizzoni (15 centigrammes). Le lendemain, 19 septembre, à 8 heures du matin, nouvelle injection de 15 centigrammes; à 3 heures après midi, on fait une désinfection soignée de la plaie et on injecte 20 centigrammes. Le lendemain 20, le malade est remarquablement mieux, la face est moins contracturée, il peut un peu ouvrir la bouche, les mouvements du bras sont plus libres, le malade peut marcher seul et sans soutien. On injecte cependant, à 3 heures et demie du soir, une nouvelle dose de 0,25 centigrammes d'antitoxine. Même dose le 21. Dès lors le malade alla s'améliorant rapidement, si bien que le 23, le malade put passer quelques heures hors du lit, ne conservant qu'un peu de fatigue dans les jambes. Il quitte l'hôpital le 2 octobre; la blessure était complètement cicatricée le 6 septembre. L'auteur cite deux autres guérisons par le même procédé, dont l'une par Pacini, l'autre par Nicoladoni. C. LUZET.

Intravenous injection of salin fluid for hæmorrhage and collapse, par Rye SMITH (*The Lancet*, *p.* 713, 23 *avril* 1892).

Chez 5 malades atteints de traumatismes graves suivis d'hémorragies et de collapsus Rye Smith a employé les injections intraveineuses d'eau salée (un à deux litres), avant de pratiquer l'opération. Chez trois de ces malades, le résultat parut satisfaisant. Les deux autres ont succombé. A.-F. PLICQUE.

Sur l'emploi thérapeutique du dermatol, par Eugen DŒRNBERGER (*Therapeut Monats.*, *février* 1891).

Chez 43 enfants le dermatol s'est montré un excellent médicament dans l'eczéma humide impétigineux; il est de beaucoup préférable à l'iodoforme parce qu'il est inodore non toxique, non irritant et ne déter-

mine pas la production de granulations. Il n'a donné aucun résultat dans quatre cas de conjonctivite phlycténulaire chez l'enfant. Il rend les meilleurs services dans l'otorrhée. Dans les brûlures, dans les plaies de diverses natures, l'abcès, les adénites suppurées, le pemphigus, il a donné les meilleurs résultats. Dans l'eczéma même diffus, il a toujours réussi ; il a échoué dans l'eczéma papuleux. L'auteur l'a employé en poudre, en vaseline à 10 0/0, en gaz à 10 0/0, *associé au zinc*, etc.

PAUL TISSIER.

L'administration de la digitale dans les affections rénales, par HUCHARD (*Soc. méd. des hôpitaux*, 29 *avril* 1892).

Huchard avance que la digitaline, même à hautes doses, n'est pas nuisible dans diverses affections rénales, qu'elle peut même être utile, et qu'elle a souvent pour résultat de diminuer la quantité d'albumine, même dans les néphrites parenchymateuses ; et il cite à l'appui de son opinion une série d'observations où la digitaline à fortes doses, éloignées à 2 et 3 semaines, donna de bons résultats. H. L.

De l'action physiologique du massage sur les muscles de l'homme, par A. MAGGIORO (*Archives italiennes de biologie, XVI, p.* 225, 1891-1892, *et Archivie per le scienze mediche, XV, fasc.* 4).

Ces expériences exécutées avec l'ergographe de Mosso se résument ainsi :

1° Le massage, appliqué sur un muscle en repos, en augmente la résistance au travail et en modifie la courbe de fatigue, dont il retarde la manifestation; 2° l'effet bienfaisant du massage est, dans de certaines limites, proportionnel à la durée de son application ; 3° le massage peut empêcher, dans le muscle, l'accumulation de fatigue provenant de travaux trop rapprochés; 4° la percussion et le frottement sont inférieurs au pétrissage et au massage mixte, c'est-à-dire à l'application alternée des trois manœuvres; 5° dans le muscle affaibli par le jeûne, le massage améliore la résistance au travail; 6° sur le muscle fatigué ou affaibli par une cause générale, marche prolongée, veille, travail cérébral, le massage exerce une action restauratrice ; 7° cet effet bienfaisant ne s'exerce plus sur les muscles dont la circulation sanguine a été supprimée. DASTRE.

Ein zweiter Fall von Rotz geheilt... (Deuxième cas de morve guéri par les frictions mercurielles), par Jacob GOLD (*Berlin. klin. Wochens., n°* 40, *p.* 987, 5 *octobre* 1891).

Paysan russe âgé de 32 ans, pris, il y a une quinzaine, de frissonnement et de diarrhée suivis de douleurs dans le membre inférieur droit et d'un gonflement de la cuisse. A mi-hauteur de la cuisse droite, plaque d'induration, de la grandeur de la paume de la main, ovale, comprenant le tissu sous-cutané, non fluctuante; au niveau du mollet correspondant, et de la face antérieure du bras gauche; noyaux allongés. Autour de la malléole externe gauche, phlegmon fluctuant circonscrit, grand comme un rouble d'argent, arrondi, d'un rouge livide. Sonorité normale des poumons, qui renferment çà et là quelques râles à fines bulles. Tendance à la diarrhée. Ni albumine ni sucre dans l'urine. Fièvre, céphalalgie, insomnie. L'incision du phlegmon fournit un pus sanguinolent contenant les bacilles pathognomoniques de la

morve et qui, injecté sous la peau d'un cobaye, fit succomber en quatre jours cet animal à la morve. Le contenu de la rate ensemencé sur l'agar glycériné donna une culture pure de bacilles morveux.

Après incision et désinfection de tous les foyers purulents, traitement par les frictions mercurielles; au bout de 62 jours, guérison parfaite.

Gold a eu l'occasion de constater que la guérison s'est également maintenue chez le premier malade qu'il a traité de cette façon. (*R. S. M.*, XXXV, 544). J. B.

HYGIÈNE

Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène de France (*Tome XX*, 1891).

A. Hygiène alimentaire :

1° *Vins.* — Le *sucrage des moûts*, tel qu'il a été admis par l'Académie de médecine en 1886, n'était entendu que pour remonter des vins faibles de 2 à 3 degrés, au plus, d'alcool. A l'heure actuelle, on demande de pouvoir ajouter 12 kilogrammes de sucre par 140 litres de moût de vin blanc, ce qui fera un relèvement d'au moins 5 degrés d'alcool. Le Comité décide que ces vins ne peuvent être vendus sous le nom de vins de raisins frais, mais sous celui de vins de raisins remontés par sucrage.

L'*addition d'acide sulfurique* au vin, quelle qu'en soit la provenance, est nuisible à la santé du consommateur. Il est possible de démontrer par une analyse complète des sels du vin, que le sulfate de potasse provient de l'addition directe d'acide sulfurique au vin et non de plâtrage, parce qu'alors il est constitué par du sulfate acide de potassium. Le comité est d'avis qu'il y a lieu d'interdire la circulation et la vente des vins ainsi falsifiés.

2° *Bière.* — Au lieu d'acide salicylique, les brasseurs emploient pour conserver leurs bières d'exportation des *bisulfites alcalins* ou même de l'*acide sulfureux* liquéfié. Considérant, d'une part, qu'on ne songe pas à prohiber le soufrage des fûts à vins, d'autre part que la proportion d'acide sulfureux est nécessairement faible, pour ne pas communiquer une saveur désagréable à la bière, le comité ne croit pas qu'il soit utile de proscrire l'emploi de l'acide sulfureux et des bisulfites dans la bière; mais, comme les quantités trouvées dans les différents échantillons sont très variables, il renonce à fixer une limite de tolérance.

3° *Viandes.* — Interdiction d'importer des abats conservés dans la saumure et des rognons congelés, parce que ces procédés de conservation ne suffisent pas pour détruire les germes que la viande peut contenir.

4° *Bonbons*, *glaces*, *pâtes de fruits*, *liqueurs incolores*, etc. — Autorisation de les colorer dorénavant avec les diverses matières tirées du goudron de houille.

5° *Etamage* des ustensiles servant aux usages alimentaires. — L'expression *étain fin* devant s'appliquer logiquement à un étain d'une pureté qu'il peut être difficile d'obtenir dans le commercé, ne doit plus être employée dorénavant dans les ordonnances et arrêtés. Partout où cette expression est employée dans les ordonnances anciennes on devra l'interpréter de la façon suivante. L'étain pour bains d'étamage doit contenir au moins 97 pour cent d'étain dosé à l'état d'acide métastannique. Il ne doit pas renfermer plus de 1/2 pour cent de plomb et un dix-millième d'arsenic.

La présence d'*arsenic* dans l'étamage de vases culinaires est signalée à Saint-Pétersbourg par Pœhl, à la suite d'accidents d'intoxication. Il a trouvé que tous les étains anglais en vente dans la ville contenaient de 0,05 à 0,1 pour cent d'arsenic.

B. Hygiène des habitations :

L'installation d'un *poêle à combustion lente* dans une pièce doit être précédée d'une enquête faite par un architecte pour s'assurer que la ventilation de la pièce est suffisante, que le coffre de la cheminée ne communique pas avec celui d'autres cheminées voisines, enfin que des ouvertures dites de ventilation ne permettent pas aux gaz toxiques de refluer dans la chambre.

C. Hygiène municipale :

1° Projets d'*assainissement* de Barcelonnette, Toulon, Rouen, Bourg et Marseille.

2° *Eaux potables.* — En 1890, le comité a donné son avis sur 54 projets d'amenée d'eaux potables, entre autres pour Reims, Toulouse et Commercy.

Parmi les analyses d'eaux pratiquées au laboratoire du Comité par Pouchet, nous signalerons celles montrant (ce que Livache avait déjà prouvé par l'hydrotimétrie) qu'en dehors de la saison chaude, il est distribué, à Paris, sous le nom d'eau de source, de l'eau de Seine, malgré l'existence de deux canalisations distinctes. D'autres analyses ont été faites dans le but d'étudier les effets du filtre Anderson et du stérilisateur Rouart.

3° Une circulaire ministérielle fixe les conditions de mise en bière et de *transport des corps destinés à être incinérés* à Paris.

D. Epidémies : de variole en Bretagne, de fièvre typhoïde à Louville-la-Chenard et à l'école normale de Saint-Cloud. Le mémoire de Thoinot, sur la *fièvre typhoïde en France*, occupe un bon tiers du volume et exige une mention spéciale. Il est entièrement consacré à démontrer l'origine le plus souvent aquatique de la maladie, et cette démonstration nous paraît faite en particulier pour Amiens, Angoulême, Paris, Rennes, etc.

E. Prophylaxie :

1° *Diphtérie.* — Il n'y a pas lieu de créer hors de Paris un hôpital de diphtéritiques. Il y a des réformes importantes à apporter dans les services hospitaliers où ces malades sont recueillis; des mesures doivent être prises pour empêcher le transport des diphtéritiques dans les voitures publiques ou, au cas où ce transport n'aurait pu être empêché, pour rendre les voitures inoffensives. Il y a lieu de recommander la création, en dehors de Paris, d'un service d'enfants diphtéritiques convalescents.

2° *Choléra.* — Actes et documents officiels concernant les mesures

sanitaires appliquées en France pour prévenir l'importation de l'épidémie régnante en Espagne ou en empêcher la propagation.

F. Eaux minérales :

1° La *vente des eaux* purgatives et de celles de la Bourboule (arsenic) ne doit avoir lieu que par les pharmaciens, toutes les autres eaux étant laissées au commerce proprement dit (épiciers, herboristes, marchands de vins).

2° Études de Jacquot et Willm sur les sources de Digne, de Gréoux, d'Évian, de la Caille, de la Bauche et d'Aulus.

3° Analyse de l'eau d'Apollinaris, par Pouchet.

G. Substances vénéneuses. Le transport, la conservation et la vente des substances vénéneuses usitées dans l'industrie, doivent être l'objet d'une réglementation complètement distincte de ce qui touche à la pharmacie.

H. Organisation et administration sanitaires en France. — Décret du 17 décembre 1890, supprimant l'*inspection régionale* des services de l'hygiène publique (*R. S. M.*, XXXV, 109). — Rapport sur les travaux des *Conseils d'hygiène départementaux* en 1887, par Chantemesse et Pouchet. — Depuis le 1er janvier 1890, Grenoble possède un *bureau municipal* d'hygiène, c'est le dixième en France.

I. Médecine publique a l'étranger. — Statistiques sur l'état sanitaire de la Bavière de 1884 à 1886. D'après Bertillon, la nuptialité y est très faible; la natalité en voie de décroissance, les naissances illégitimes restent toujours fort nombreuses; à part le Wurtemberg, la Bavière est le pays d'Europe qui compte la mortalité infantile la plus considérable. Il y a augmentation de fréquence des suicides, et des décès par rougeole, diphtérie, phtisie, maladies du cœur et des vaisseaux; diminution au contraire des morts par accidents, par fièvre typhoïde, par variole et par scarlatine. J. B.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique. Directeur J. ROCHARD
(*Tome III*, 1890-1891).

Ce tome, fort de 820 pages, est entièrement consacré à l'hygiène urbaine, qui n'est d'ailleurs pas terminée. Dans un premier chapitre, intitulé *les Villes en général*, Arnould décrit à grands traits les villes d'autrefois, les transformations successives qu'elles ont subies pour devenir les villes modernes, dont il expose la topographie générale. Dans le deuxième chapitre, celui de *la Voie publique*, il passe en revue les rues (dimensions et orientation), les divers modes de pavage, le balayage, l'arrosage, l'enlèvement des ordures ménagères, etc., la circulation des voitures et des piétons, les bruits et les cris de la rue, dont le pittoresque est loin de contrebalancer les inconvénients, l'organisation des secours en cas d'accidents (boîtes de secours, sociétés de samaritains, ambulances urbaines), enfin les asiles de nuit. Le chapitre suivant est affecté à *la Ville souterraine*. Jules Rochard y étudie le sous-sol (nappe aquifère) et les canalisations qui le traversent, l'approvisionnement et la distribution des eaux potables, les égouts, les différents procédés d'épuration des eaux d'égout et de traitement des matières de vidanges. Le quatrième chapitre est rempli par les *habitations*. Faucher et Richard y traitent du choix et de la préparation du sol, des matériaux

de construction, des habitations privées et de leurs dépendances; J. Rochard, des logements insalubres, des habitations ouvrières et des prisons ; enfin, Richard et J. Rochard, des installations complémentaires de l'habitation (eau, ventilation, chauffage, refrigération, évacuation des résidus).

Le dernier chapitre renferme les *établissements publics*. J. Rochard et Vallin décrivent les théâtres, les bains et les lavoirs publics, les abattoirs, les halles et marchés, ainsi que l'inspection sanitaire des viandes. J. B.

Statistique sanitaire des villes de France (1891).

Importante publication due à la Direction de l'hygiène publique ; elle est sans analogue en France et il est extrêmement désirable de la voir se poursuivre et se développer. Le présent volume embrasse la période quinquennale comprise entre 1886 et 1890; comme il ne contient que des tableaux de chiffres, des graphiques et des cartes, le résumé en est impossible. En voici du moins le sommaire : Mortalité générale et principales causes de décès dans les villes ou communes de France et d'Algérie ayant plus de 5,000 habitants ; mortalité occasionnée par les maladies épidémiques ; influence de l'épidémie de grippe sur la mortalité générale; liste des établissements dans lesquels se produit un nombre de décès susceptible d'exercer une influence sur la mortalité générale (asiles d'aliénés, de vieillards, hôpitaux militaires et marins, maison de Nanterre, etc.); admissions et décès hebdomadaires ayant pour causes les maladies épidémiques, dans les hôpitaux de Paris et de Lyon, en 1890.

De 1887 à 1890, dans 200 villes comptant plus de 10,000 habitants, qui ont envoyé des renseignements, la mortalité générale a été de 25,18 pour mille habitants. La tuberculose a fourni un décès sur 7 ; la pneumonie, 1 sur 11 ; les bronchites, 1 sur 14 ; les affections diarrhéiques, 1 sur 13; la diphtérie, 1 sur 38; la fièvre typhoïde, 1 sur 45; la rougeole, 1 sur 48 ; la variole, 1 sur 96 ; la coqueluche, 1 sur 143, et la scarlatine, 1 sur 315.

Diphtérie. — C'est Plœmeur (Morbihan) qui a eu la mortalité la plus forte ; viennent ensuite Gap, Grenoble ; Marseille occupe le 5e rang ; Pantin et Bastia le 7e, Paris le 53e, précédé par presque toute sa banlieue : Montreuil, Charenton, Courbevoie, Levallois, Clichy, Saint-Ouen, Issy, Puteaux, Asnières, Gentilly, Vincennes, Aubervilliers, Saint-Germain, et suivi immédiatement par Saint-Denis.

Variole. — Ce sont encore les petites villes bretonnes qui sont en tête ; puis arrivent Montceau-les-Mines, Marseille, Cette, Paris occupant le 91e rang, devancé par Pantin, Saint-Denis, Aubervilliers, Argenteuil, Charenton, Puteaux, Saint-Ouen, Clichy.

Typhoïde. — Lorient et Plœmeur occupent les deux premières places ; Toulon et le Havre, les deux suivantes ; Marseille, la 20e et Paris, la 105e.

Pour la *rougeole*, la *scarlatine* et la *coqueluche*, c'est Gap qui a compté le plus de décès.

Des 12 villes ayant une population de plus de 100,000 habitants, c'est Marseille qui a fourni le plus de morts par la diphtérie et la variole ; le Havre, par la fièvre typhoïde ; Lille, par la rougeole ; Reims, par la scarlatine, et Roubaix, par la coqueluche. Au contraire, Toulouse a eu

la mortalité la plus faible pour la diphtérie, la scarlatine et la coqueluche; Roubaix, pour la variole; Lille, pour la fièvre typhoïde, et Nantes, pour la rougeole. Paris tient le 4e rang pour la diphtérie, la rougeole, la scarlatine et la coqueluche; le 7e pour la fièvre typhoïde, et le 8e pour la variole. J. B.

I. — Systematische Uebersicht der Gesetze..... und sonstiger Bestimmungen betreffen das œffentliche Gesundheitswesen in der Schweiz, par F. SCHMID (*Berne*, 1891).

II — Das Schweizerische Gesundheitswesen im Jahre 1888..... In Auftrage der Schweizerischen departements des Innern herausgegeben, von F. SCHMID (*Berne*, 1891).

III. — La santé publique en Suisse. Rapport rédigé sur l'ordre du département fédéral de l'Intérieur, par F. SCHMID, trad. française par G. SANDOZ (*Berne*, 1891).

I. — Document précieux pour les hygiénistes. L'auteur, mieux placé que tout autre par ses fonctions de rapporteur sanitaire fédéral, donne la liste, à la fois méthodique et chronologique des lois, arrêtés et règlements sanitaires suisses tant fédéraux que cantonaux et municipaux. C'est dire que la série en est longue; aussi, pour apporter un peu d'ordre dans cette énumération, Schmid a-t-il établi le classement suivant : 1° organisation du service sanitaire, démographie et enseignement; 2° hygiène publique et police sanitaire, comprenant comme subdivisions : la police des aliments, celle des constructions et habitations, la salubrité urbaine et rurale, la protection de l'enfance, la police des industries et professions, celle des auberges et débits de boissons, les prisons, la prophylaxie des affections contagieuses et celle des zoonoses transmissibles à l'homme, la constatation des décès, la police des sépultures et des cimetières; en outre, la vente des poisons et la police du charlatanisme et des remèdes secrets, qui nous sembleraient mieux rangées dans la 3e division intitulée police médicale et assistance publique et renfermant aussi la médecine légale.

II. — Dans ce second ouvrage, qui présente le tableau de la médecine publique suisse en 1888, Schmid a suivi le même plan. Extrêmement multiples ont été les sources auxquelles il a dû puiser pour rédiger son consciencieux et intéressant travail qui, malheureusement, ne se prête pas à un résumé. Dans presque tous les cantons, le principal champ d'activité des administrations sanitaires a porté sur la police des aliments et boissons. 14 cantons ont un laboratoire d'analyses, et la ville de Zurich en possède en outre un en propre. Les appareils à pression pour le débit de la bière sont d'un usage très répandu et l'objet d'une surveillance suivie. Dans l'eau de Seltz on a maintes fois noté la présence d'acide nitreux tenant à l'emploi d'acide sulfurique impur. Le saindoux importé d'Amérique est généralement falsifié avec de l'huile de graine de cotonnier. Les annonces de remèdes secrets sont prohibées, même dans les journaux. Plusieurs gouvernements cantonaux ont interdit les représentations publiques d'hypnotisme. La confédération tient la main à ce que tous les écoliers de 10 à 15 ans prennent des leçons de gymnastique. Partout on se sert presque exclusivement de vaccin animal. Il y a quel-

ques années, Uri et Genève étaient les seuls cantons où la vaccination ne fût pas obligatoire; mais depuis lors, des votes populaires l'ont fait supprimer dans 8 cantons et elle est tombée en désuétude dans 2 autres. A l'heure actuelle, elle est encore pratiquée dans 13 États sur 25; chez 3 d'entre eux, les Grisons (où la vaccination est obligatoire depuis 1807), Zug et Fribourg, la revaccination est également imposée. Le Valais a eu une petite épidémie de variole (44 cas dont 4 décès) importée par un enfant qui avait contracté la maladie à bord du vaisseau l'amenant d'Amérique. L'épidémie variolique zuricoise (50 cas dont un seul décès chez un enfant de 1 an non vacciné) montre à quel point la vaccine est une mesure de sage économie : pour l'hospitalisation de 44 malades, pour la séquestration des personnes saines et de leur entourage et pour l'indemnisation de ces gens ainsi privés de leur gagne-pain, il a été dépensé 8,268 francs. Trois localités lucernoises ont eu des épidémies de fièvre typhoïde dues à la consommation de lait, de beurre provenant de fromageries se servant d'eau polluée pour rincer leurs récipients.

Les sociétés de Samaritains, création d'Esmark, associations de citoyens destinées à porter les premiers secours en cas d'accidents, se multiplient de plus en plus dans la Suisse allemande, ainsi que les dépôts d'ustensiles et d'appareils à l'usage des malades. Berne et Saint-Gall se signalent par le grand nombre de leurs petits hôpitaux ruraux. A Bâle-Ville les inhumations sont gratuites (cercueils compris), sauf pour ceux qui réclament des emplacements spéciaux; les cercueils en bois tendre sont seuls admis.

Dans les annexes du volume, on trouvera de nombreux tableaux statistiques sur les naissances et les décès de 1876 à 1888 dans les divers cantons, sur la répartition des décès, sur les âges pendant la même période, sur les décès causés par les maladies infectieuses, sur la morbidité et la mortalité varioliques, sur les vaccinations, sur les établissements d'assistance publique et privée (la Suisse compte 12 asiles d'aliénés publics et 9 privés avec un effectif de 3.610 malades), sur les laboratoires d'analyses chimiques, etc.

III. — C'est une œuvre méritoire que Sandoz a faite en traduisant l'ouvrage de Schmid, car selon les cantons, les mêmes institutions ou les mêmes objets portent des noms différents. J. B.

Statistique gallo-romaine. Recherches sur l'évaluation de la population des Gaules et de Lugdunum et la durée de la vie chez les habitants de cette ville du Ier au IVe siècle, par H. MOLLIÈRE (*in*-8°, *Lyon*, 1892).

La démographie a pris depuis quelques années une place importante dans les études d'hygiène médicale; au fur et à mesure que les statistiques, bien établies, porteront sur des périodes de plus en plus considérables, le rôle de cette science deviendra plus prépondérant. C'est à ce titre qu'il nous paraît utile de signaler un travail remarquable de notre distingué confrère lyonnais. Sans se laisser arrêter par les difficultés de cette œuvre de bénédictin, Mollière a compulsé tous les documents relatifs au dénombrement de la population chez les Romains et dans le pays des Gaules. Les résultats qu'il a obtenus sont des plus instructifs; ils montrent les erreurs commises par divers historiens pour l'évaluation des populations.

Pour établir, avec autant de rigueur que possible, la population de la cité lyonnaise, l'auteur délimite nettement l'emplacement de la ville à cette période ancienne et par des comparaisons très judicieuses avec les données du dernier recensement pour le quartier qui représente actuellement le vieux Lugdunum, il arrive à attribuer à la cité un chiffre d'environ 60,000 habitants.

L'appréciation de la durée de la vie, à cette époque, repose sur des données fort curieuses et qui ont causé à l'auteur de bien longues et bien patientes recherches. Il a dépouillé un nombre considérable d'inscriptions funéraires et en tenant compte des conditions hygiéniques de Lugdunum à cette époque, de son approvisionnement en eaux de source, de la richesse de ses habitants, il arrive à établir que la durée moyenne de la vie était d'environ 31 à 32 ans.

Je n'insiste pas sur une foule de données relatives à la démographie, fort intéressantes que Mollière déduits de ses études. Je ne veux retenir, en terminant, qu'un fait relatif à la dépopulation de la France. Mollière montre qu'il y a là une question de races ; déjà à cette époque reculée, la Gaule avait une natalité restreinte, comparée à celle des Teutons ; la race celtique est peu prolifère et c'est par une disposition propre à la race que nous voyons actuellement, en y joignant toutes les causes, produit de la civilisation moderne, notre pays se repeupler si lentement.

A. CARTAZ.

De la morbidité et de la mortalité par professions, par Jacques BERTILLON (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *III*, 981, *novembre* 1891).

Important travail bourré de tableaux numériques et graphiques et dont nous ne pouvons reproduire que les conclusions générales.

Les professions, considérées au point de vue de leur degré de salubrité, peuvent être classées sous les chapitres suivants :

1° *Professions exposant l'homme aux intempéries, tout en le contraignant au repos.* Telles sont notamment les professions de cocher, et, à un moindre degré, de charretier. Ce sont les plus malsaines de toutes ;

2° *Professions exposant l'homme aux intempéries, mais sans le contraindre au repos.* Généralement salubres : cultivateurs, maraîchers, pépiniéristes, garde-chasses, etc. Les pêcheurs sur mer et les bateliers rentrent à certains égards dans cette catégorie ;

3° *Professions exposant l'homme à respirer des poussières dures, mais à l'air libre.* Tels sont les tailleurs de pierre, marbriers, praticiens-sculpteurs, carriers, etc., dont la mortalité est très élevée. Les maçons, les couvreurs, qui se rattachent jusqu'à un certain point à cette catégorie, ont une mortalité un peu moindre ;

4° *Professions exposant l'homme à respirer des poussières dures, mais dans l'air confiné.* Mortalité aussi élevée que celle de la catégorie précédente, quelle que soit la nature de la poussière, que celle-ci soit métallique (ouvriers en machines et outils, serruriers, armuriers, fabricants d'instruments de précision ou de chirurgie, couteliers, aiguilliers, etc.), rocheuse (potiers, etc.) ou animale (brossiers, criniers, ouvriers en poils, coiffeurs, etc.) ;

5° *Professions exposant l'homme à respirer des poussières molles.*

Généralement moins insalubres que les précédentes : meuniers, boulangers, filateurs, ramoneurs, etc.;

6° *Professions exposant l'homme à une chaleur exagérée, à la fumée, à la vapeur, etc.* Les forgerons jouissent d'un état sanitaire, satisfaisant à Paris, moins satisfaisant en Angleterre et surtout en Suisse.

Les mécaniciens ont une mortalité moyenne. Les verriers et cristalliers ont une mortalité un peu élevée;

7° *Professions exposant l'homme à absorber des substances nuisibles.* Telles sont les professions qui exposent au saturnisme (fabricants de limes, peintres, plombiers, imprimeurs, etc.); au phosphorisme, à l'hydrargyrisme, etc., au nicotisme ou encore celles qui mettent l'homme en contact avec des matières corrompues (tanneurs, etc.). La mortalité dans ces différentes professions est généralement considérable;

8° *Professions exposant l'homme à l'alcoolisme.* Marchands de vins et hôteliers, dont la mortalité à Paris paraît moindre qu'en Suisse ou en Angleterre; brasseurs;

9° *Professions exposant l'homme à de nombreux accidents.* Les mineurs de charbon et de fer auraient une mortalité extrêmement favorable, sans les nombreux accidents qui les déciment. Il en est de même des pêcheurs sur mer;

10° *Professions sédentaires.* Parmi elles, il en est de très salubres et d'autres très insalubres. L'état sanitaire de ces professions paraît dépendre, d'une part, de ce que beaucoup sont exercées dans l'air confiné, d'autre part, de ce que ceux qui les exercent se recrutent parmi les individus faibles. Parmi les professions sédentaires à mortalité peu considérable, se trouvent les fruitiers, les épiciers, etc. Les marchands de nouveautés, les poissonniers ont une mortalité moyenne; les tailleurs une mortalité élevée et supérieure à celle des cordonniers, horlogers, graveurs, etc. Les banquiers-changeurs et leurs employés ont une mortalité dépassant la moyenne;

11° *Professions libérales.* Comme elles supposent une certaine aisance, leur mortalité est généralement faible; prêtres, magistrats, instituteurs publics, avocats, officiers ministériels et leurs clercs, architectes, ingénieurs.

Les médecins de Paris ont une mortalité très faible, tandis qu'en Suisse et en Angleterre leur mortalité dépasse la moyenne (c'est qu'il s'agit, d'une part de praticiens urbains et d'autre part surtout de praticiens de la campagne).

Les documents sur lesquels Bertillon a basé son travail sont les Annuaires statistiques de la ville de Paris de 1885 à 1889, les tables de mortalité anglaise de Farr (1860 à 1861 et 1871), et d'Oggle (1880 à 1882), et la table de mortalité suisse de Kummer (1879 à 1882) (*R. S. M.*, XXII, 509).

J. B.

Les maladies des porcelainiers, par E. RAYMONDAUD (*Ann. d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série, XXVI*, 335, *octobre* 1891).

Le principal danger de l'industrie porcelainière consiste dans l'action des poussières dont est surchargé le milieu dans lequel elle s'exerce.

Viennent ensuite les périls résultant des hautes températures que doivent supporter les ouvriers.

D'autre part, les porcelainiers sont exposés aux affections rhumatismales, aux accidents de machines, et les décorateurs et peintres au saturnisme et à la scoliose. J. B.

Zehnte Jahresversammlung der freen Vereinigung Bayerischer Vertreter der angewandten Chemie... (*Chem. Ztg, XV, et Hyg. Rundsch., II*, 61, 15 *janvier* 1892).

A. *Hygiène industrielle :*

1° *Lampes de sûreté.* — D'après Oppler, les nouvelles se distinguent avantageusement de la lampe originelle de Davy, par leur plus grande intensité lumineuse. Leur rendement est de 52 à 72 0/0, contre 6 pour la lampe primitive. Il résulte de ses expériences qu'elles offrent une réelle sécurité en présence de mélanges gazeux explosibles : il n'y a eu d'exception que pour le sulfure de carbone, à l'égard duquel aucune lampe n'a donné de bons résultats. Sur la proposition d'Oppler, la réunion a décidé qu'avant d'être admises, les lampes devaient être l'objet d'un contrôle officiel.

2° *Richesse en mercure de l'atmosphère des miroiteries.* — Hilger et von Raumer ont analysé l'air dans les ateliers des manufactures de glaces de Fürth et trouvé comme moyenne $0^{mg},28$ de vapeurs mercurielles par mètre cube d'air d'une salle d'étamage bien ventilée ; Renk avait indiqué le chiffre de 2 milligrammes, parce qu'il avait analysé de l'air recueilli directement au-dessus du mercure servant au travail. Von Raumer calcule que, pour une journée de 8 heures, dans un atelier d'étamage bien aéré, un ouvrier respire $0^{mgr},9$ de vapeurs mercurielles, ce qui fait par année $0^{gr},25$, quantité vraiment trop peu considérable pour qu'elle soit nuisible à la santé. L'atmosphère non renouvelée des salles de dépôt des glaces étamées renfermait $0^{mgr},6$ de mercure et $0^{mgr},95$ directement au-dessus des tables.

Kœhler fait remarquer que ces chiffres confirment l'opinion de Renk, que dans les ateliers où l'on travaille le mercure, c'est surtout par une bonne ventilation qu'on préviendra les intoxications. Mais il y aurait lieu, en plus, d'appeler l'attention des ouvriers sur leurs vêtements de travail qui, à la longue s'imprègnent, de quantités de mercure bien supérieures à celles que contient l'air lui-même des salles.

B. *Hygiène alimentaire :*

1° En 1890, les divers laboratoires bavarois ont analysé 14,535 échantillons d'aliments, de boissons et d'objets de consommation courante ; 2,219 ont été trouvés mauvais.

2° *Bactériologie des saucissons.* — Il résulte des recherches de Serafini, que presque tous les saucissons renferment un même microrganisme, non pathogène, le bacille mésentérique. Il s'y joint assez souvent des bactéries de putréfaction provenant presque toujours de l'intérieur des boyaux employés pour la fabrication et qui n'ont pas été suffisamment nettoyés. Pour être suffisant, ce nettoyage exige l'emploi d'agents antiseptiques. Quant aux agents de conservation usités pour ces marchandises, les acides borique et salicylique sont inefficaces, de même que le salpêtre ; ce qui vaut le mieux, c'est la dessiccation qui doit cependant laisser de 35 à 40 0/0 d'eau dans les saucissons.

3° *Usage du cuivre dans les conserves de légumes.* — D'après

J. Mayrhofer, les conserves vertes du commerce renferment toujours de 26 à 36 milligrammes de cuivre par kilogramme qui a été ajouté pour les reverdir. Considérant qu'il suffit à cet effet de 20 à 24 milligrammes et qu'une si faible quantité de cuivre ne saurait nuire à la santé, il propose de la tolérer. Après une discussion très vive, la réunion décide qu'elle n'est pas suffisamment renseignée actuellement pour prendre semblable décision, qui sera ajournée à la prochaine réunion, après nouvelles expériences. J. B.

Die Tuberkulose in den Strafanstalten, par G. CORNET (*Zeitschr. f. Hyg., X, et Hyg. Rundsch., II*, 37, 15 *janvier* 1892).

De 1875 à 1890 il est mort dans les prisons prussiennes de 19.8 à 35.7 détenus mâles sur 1,000, soit une moyenne de 31.45, tandis que la mortalité moyenne dans la population civile masculine libre n'a été que de 14.27. Les décès par tuberculose ont été parmi les prisonniers de 5.1 à 18.5 soit une moyenne de 14.4 tandis que parmi les habitants en liberté ils n'étaient que de 3.41. Dans le même espace de temps, la mortalité des femmes détenues a été de 18.4 à 50.3, soit en moyenne 32.19, tandis qu'elle n'était que de 13.48 parmi les femmes libres; la mortalité tuberculeuse dans les prisons de femmes a oscillé entre 7.5 et 22.7 pour mille, soit une moyenne de 15.6 contrastant avec celle de 2.81 parmi la population féminine libre. Donc, parmi les hôtes des prisons, la mortalité générale a été de 2.13 fois chez les hommes et 2.39 fois chez les femmes supérieure à celle de la population libre correspondante; d'autre part chez les détenus, la mortalité par tuberculose a été de 4.22 fois pour les hommes et 5.57 fois pour les femmes plus considérable qu'à l'extérieur des prisons.

Sur 100 hôtes des prisons morts de phtisie, il en était 11.69 qui accomplissaient les premiers 6 mois de leur peine ; 16.86 les seconds six mois; 25.22 leur 2ᵉ année, 15.93 leur 3ᵉ, 15.99 leur 4ᵉ ou leur 5ᵉ; 10.10 qui se trouvaient entre la 6ᵉ et la 10ᵉ année de détention; 2.68 entre la 11ᵉ et la 15ᵉ; et 1.49 qui avaient dépassé ce terme.

Vu l'évolution latente de la tuberculose à ses débuts, on peut admettre que près d'un tiers des phtisiques morts dans les prisons avaient apporté du dehors les germes de la maladie.

Cornet croit avoir constaté que la mortalité par tuberculose est depuis quelques années en voie de diminution régulière dans les prisons de Prusse.

Il a également recherché la nature des crimes pour lesquels les détenus morts tuberculeux avaient été incarcérés. Il a constaté que 65 fois sur cent, il s'agissait d'attentats contre les propriétés, 15 fois sur cent d'attentats contre la vie; 6 fois sur cent d'attentats aux mœurs et 14 fois 0/0 d'autres crimes. Ont succombé à la phtisie dès la première année, 60 0/0 des criminels de la 1ʳᵉ catégorie, 54 0/0 de la 3ᵉ, 49 0/0 de ceux de la 4ᵉ et 21 0/0 de ceux de la 2ᵉ. J. B.

Die Tuberkulose in der Armee und Bevölkerung Œsterreich-Ungarns, par WICK (*Klinische Zeit-und Streitfragen, V, et Hygienische Rundschau, p.* 597 1891).

D'une façon générale, en Autriche-Hongrie, la tuberculose augmente

avec la densité de la population, qu'on l'envisage dans toute une contrée ou seulement dans une maison.

Les régions industrielles, indépendamment même de la plus grande densité de leur population, présentent aussi davantage de tuberculose.

Plus le climat est chaud, moins il y a de tuberculeux. Les régions montagneuses, en dehors de la densité plus faible de leur population, semblent moins favorables à la dissémination de la tuberculose. J. B.

Essai expérimental et clinique sur le rôle des poussières bacillaires dans la contagion de la tuberculose et sur la durée de la virulence de ces poussières, par Henri ZILGIEN (*Thèse de Nancy*, 1890).

Feltz s'est attaché à connaître combien de temps un crachat de tuberculeux, expectoré dans la poussière de route, reste virulent. Dans une première série d'expériences, il a recherché la résistance des bacilles tuberculeux mélangés aux poussières de route, en exposant ces mélanges à diverses températures, entre 37 et 70 degrés. Les poussières, après avoir été placees à l'étuve, pendant une durée de 3 jours, étaient inoculées à 5 cobayes de mois en mois.

DATES D'INOCULATION	TEMPÉRATURE D'EXPOSITION 40°	50°	60°	70°
28 juillet 1889.....	Tous meurent tuberculeux en 4 mois.	Idem.	3 meurent tuberculeux, 2 restent sains.	Pas de morts.
29 août............	3 meurent tuberculeux en 4 ou 5 mois.	3 meurent tuberculeux en 3 et 4 mois.	1 seul meurt tuberculeux, 4 restent sains.	Pas de morts.
29 septembre......	1 seul meurt tuberculeux, 2 restent sains.	3 meurent en 3 à 4 mois, 2 restent sains.	1 seul meurt tuberculeux, 4 restent sains.	Pas de morts.
30 octobre.........	1 seul meurt tuberculeux après 4 mois.	Pas de morts.	Pas de morts.	Pas de morts.
14 novembre.......	1 seul meurt tuberculeux après 3 mois.	Pas de morts.	Pas de morts.	Pas de morts.

Dans une autre série d'expériences, Feltz a exposé des mélanges de poussières de route et des crachats tuberculeux, partie au soleil et partie aux intempéries. Il a constaté ainsi que la virulence des poussières exposées aux intempéries dure un peu plus de 7 semaines et celle des poussières exposées uniquement au soleil, environ 140 jours. J. B.

Blatternsterblichkeit und unentgeltliche Impfung in Riga, par R. HEERWAGEN (*Zeitschrift f. Hyg.*, *X*, et *Hyg. Rundsch.*, *II*, 14, 1er *janvier* 1892).

Riga compte 180,000 habitants sur lesquels 6,500 Russes orthodoxes qui, pour des motifs religieux, repoussent la vaccination. Dans le reste de la population, la vaccination des enfants était également peu en usage, et jusqu'en 1885 on en pratiquait à peine 500 chaque année. A partir de 1885, le chiffre des vaccinations a considérablement augmenté, et dans les dernières années on a fait annuellement en moyenne 2,700 vaccina-

tions gratuites. L'effet de cette mesure ne s'est pas fait attendre. Jusqu'en 1887, Riga avait en moyenne 108 décès par variole, depuis lors ce chiffre n'a guère dépassé 7. Sur 155 cas de décès par variole survenus dans l'hiver de 1886 à 1887, on en a compté 71 chez les orthodoxes non vaccinés, soit 109 sur 10,000 et seulement 84 dans le reste de la population non adversaire de la vaccine, soit 4.8 sur 10,000. J. B.

Nouvelles contributions à l'étude de la pratique de la vaccine; choix du vaccin; vaccinisation; par TITECA (*Mémoires couronnés par l'Acad. de méd. de Belgique*, *XI*, 1892).

D'après les études comparatives faites à l'Institut vaccinogène de l'armée belge, le vaccin conservé, en pulpe, s'est montré constamment supérieur au vaccin vivant (inoculé de pis à bras).

Les vaccinations telles qu'on les fait d'ordinaire sont défectueuses, insuffisantes; les revaccinations sont trop rares, et l'on peut évaluer à 80 ou 90 0/0 les personnes qui, en Belgique, sont insuffisamment prémunies contre la variole. Pour satisfaire au premier desideratum, il faut avoir régulièrement recours à la *vaccinisation* (vaccinations répétées à court intervalle tant que l'inoculation précédente a été suivie de quelque effet apparent). LEFLAIVE.

Les eaux potables. Conditions générales. Applications à l'hygiène sanitaire de la ville de Lyon, par Eugène PROTHIÈRE (*Paris*, 1891).

Après des généralités sur les qualités qui font les eaux potables, Prothière étudie spécialement la question pour Lyon. L'exposé géologique se résume ainsi : le sol lyonnais, aux profondeurs aisément accessibles, est partout constitué par du gneiss ou du granit formant un relief onduleux complètement imperméable. Si l'on fait abstraction du Rhône souterrain, les divers quartiers de la ville et de la banlieue ne peuvent utiliser, à l'aide de puits, que les eaux pluviales d'infiltration locale, retenues par quelques bancs argileux peu réguliers et discontinus. Toute tentative de recherche d'eaux artésiennes ne peut aboutir qu'à un insuccès. Prothière étudie alors successivement les eaux des 2 fleuves (Rhône et Saône), celles distribuées à Lyon (eau du Rhône filtrée); les eaux de puits (municipaux et privés) et de sources (peu nombreuses). Il rappelle qu'à l'époque romaine, la quantité d'eau distribuée par habitant était 16 fois plus considérable qu'actuellement ; puis, après une revue rapide des divers projets d'amenée d'eaux nouvelles, il conclut :

Les puits de Lyon fournissent en général des eaux de degré hydrotimétrique élevé, et, placés dans de mauvaises conditions, deviennent trop souvent de véritables foyers d'infection. On ne peut les condamner, en principe, d'une façon absolue, puisque quelques-uns fournissent une bonne eau, mais, au point de vue de l'hygiène, il est fort désirable qu'ils disparaissent; la Ville doit donner le bon exemple en condamnant les puits municipaux.

Le Rhône seul (aérien ou souterrain) peut fournir à une grande ville comme Lyon, des eaux suffisantes comme pureté et comme abondance.

Les meilleures eaux, après avoir traversé les galeries de filtration, contenant encore des microrganismes qui, sans que cela ait été expliqué, se multiplient entre les réservoirs et les robinets d'alimentation, il

importe de procéder à une seconde filtration à domicile à l'aide du filtre de porcelaine. J. B.

De la constance du titre hydrotimétrique aux divers points d'une canalisation, par LIVACHE (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *XIII*, 953, *octobre* 1891).

Les avis semblent encore partagés sur la question de savoir si les éléments en dissolution dans l'eau, qui déterminent le titre hydrotimétrique, éprouvent des variations pendant le parcours de cette eau dans la canalisation servant à la distribuer.

Les recherches de Livache sur les eaux de la Vanne et de la Seine lui ont montré qu'à Paris, lorsque l'eau de la canalisation est limpide, le titre hydrotimétrique de l'eau prise à l'entrée de la canalisation se maintient le même aux divers points de cette canalisation. Ce résultat était à prévoir, puisque l'eau s'y trouve soumise à une pression énorme et à une température sensiblement constante. D'autre part, lorsque l'eau, au lieu d'être limpide, tient en suspension des matières calcaires, on trouve un titre plus élevé dans la canalisation qu'à l'entrée, par suite du contact prolongé de ces matières avec l'eau, ce qui en facilite la dissolution partielle. J. B.

Discussion et vote de la Société de médecine publique de Belgique sur le titre et la composition chimique de l'eau potable (*Mouvement hygiénique*, *VII*, 490, *novembre* 1891).

En 1855, le Congrès pharmaceutique réuni à Bruxelles a fixé les quantités des divers constituants qui ne peuvent être dépassées sans que l'eau soit déclarée impropre à la consommation, et cela sans vouloir tenir compte des conditions géologiques locales qui peuvent influer sur la composition des eaux potables.

Dans sa séance annuelle, la Société de médecine publique de Belgique a voté, au contraire, sur la proposition de Kemna, les résolutions suivantes :

Il faut rejeter absolument toute eau dans laquelle l'analyse chimique montrerait des substances toxiques et l'analyse bactériologique des microbes pathogènes.

En dehors de ces deux cas, il y a lieu de recourir aux éléments d'appréciation suivants : 1° l'analyse chimique ; 2° l'examen bactériologique ; 3° les caractères organoleptiques ; 4° la comparaison avec les eaux non contaminées du même district géologique.

Les maxima généraux, sauf ceux basés sur les données physiologiques, sont à rejeter, parce qu'ils peuvent faire admettre des eaux contaminées et repousser des eaux saines. J. B.

Metodo di ricerca del bacillo del tifo nelle acque potabili, par E. PARIETTI (*Rivista d'igiene e sanita publica*, 1890, *et Hygienische Rundschau*, *I*, 337, 1er *mai* 1891).

Le bacille de la fièvre typhoïde se développe encore dans du bouillon additionné d'acide phénique, alors que ce n'est pas le cas pour la plupart des autres bactéries. C'est en se basant là-dessus que Parietti a essayé le procédé suivant de recherche du bacille d'Eberth dans l'eau potable. A 10 centimètres cubes d'un bouillon exactement neutralisé, on

ajoute 3, 6 et 9 gouttes d'une solution phéniquée (5 grammes d'acide phénique, 4 grammes d'acide chlorhydrique pour 100 centimètres cubes d'eau distillée). Ces tubes, ainsi préparés, sont infectés avec 1, 4, 8 et 12 gouttes de l'eau qu'on veut examiner.

Si après 24 heures de séjour à l'étuve, il se développe dans ces tubes un trouble, il y a toute probabilité pour qu'il soit dû aux bacilles typhoïdiques. Mais il est nécessaire de s'en assurer par les autres procédés de recherche, parce qu'il est des cas où le bouillon additionné d'eau ne contenant pas de bacilles typhoïdiques est cependant troublé par des bacilles.

Jusqu'ici cette méthode n'a été expérimentée que sur l'eau infectée artificiellement; il lui reste à subir l'épreuve sur de l'eau contenant naturellement des bacilles d'Eberth. J. B.

Untersuchungen ueber die Wirkungen der verschiedenen Hefearten... (Effets sur les organismes animaux et végétaux des diverses espèces de levures entrant dans la préparation des boissons spiritueuses), par J. NEUMAYER (*Arch. f. Hyg.*, *XII*, et *Hyg. Rundsch.*, *I*, 948, 1er *novembre* 1891).

Les expériences de Neumayer ont porté sur 12 sortes de levures : 2 levures de cultures de fermentation basse; 2 levures de bière blanche; 1 levure d'alcool; 4 levures non domestiquées; le saccharomyces apiculatus et 2 torulacées. Elles l'ont conduit aux conclusions que voici :

Toutes les espèces de levures offrent une grande résistance à l'égard des sucs digestifs et elles peuvent traverser tout le canal alimentaire de l'homme et des animaux sans périr ni perdre de leurs facultés fermentescibles. *In vitro*, contrairement à Simanowsky, elles ne troublent nullement les digestions gastrique et pancréatique; le contraire ne peut s'expliquer que par la présence d'impuretés.

On peut les consommer en grande quantité, sans inconvénients, à l'unique condition d'éviter l'ingestion simultanée des substances capables de fermenter. Sinon, on doit s'attendre à un catarrhe gastro-intestinal. Ce qui occasionne ces accidents, ce ne sont ni les cellules de levure, ni leurs produits de nutrition, mais des produits de fermentation anormale qui sont dus à la température élevée du corps, et se forment quelle que soit la provenance de la levure.

En injections sous-cutanées chez les animaux, toutes les levures se comportent de la même façon, en ce qu'elles ne déploient aucune activité nuisible et que leurs cellules ne tardent pas à périr. J. B.

La santé des vaches laitières et la production du lait à Paris, par ROBIN (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *XIII*, 587, *juillet* 1891).

Les vaches de Paris sont particulièrement atteintes de deux maladies contagieuses : la péripneumonie et la tuberculose.

La péripneumonie est beaucoup plus commune : Robin en compte annuellement 75 cas sur les 3,500 vaches de son service d'inspection.

Les 500,000 litres de lait consommés quotidiennement à Paris proviennent de trois sources : 1° le lait urbain pris aussitôt la traite, à la vacherie, ou porté à domicile; 2° le lait suburbain, pouvant être livré à domicile, par le producteur, dans les 3 heures de la traite; 3° le lait

de la grande banlieue, fourni par des laitiers ou fermiers, particuliers ou associés, ramassé dans un rayon de 20 à 60 kilomètres autour de la ville, transporté dans des voitures spéciales ou en chemin de fer, livré aux dépôts, et enfin vendu à la consommation, longtemps après la traîte et ayant subi des préparations destinées à le conserver.

A Paris, le lait urbain est produit dans des vacheries soumises à la triple surveillance des inspecteurs des établissements classés, des inspecteurs des denrées alimentaires et du service sanitaire vétérinaire. Le nombre des vacheries parisiennes s'accroît chaque jour : en 1887 on en comptait 490 avec 6,850 vaches laitières. Les vaches de race hollandaise occupent le premier rang, tant comme quantité de lait que comme durée de la lactation. Mais leur lait est si aqueux qu'on commence à les délaisser : dans sa circonscription, Robin a vu de 1887 à 1890 le chiffre de ces vaches tomber de 1,122 à 700. Les vaches de race normande ont un lait très riche en beurre, mais elles le perdent vite et ne sont possibles que dans les quartiers riches où le lait est vendu fort cher. Les races suisses donnent beaucoup de lait, mais la fribourgeoise consomme beaucoup et la schwytzoise est souvent délicate. Les vaches flamandes ont un lait apprécié qu'elles gardent assez longtemps. C'est vers l'âge de 5 à 7 ans, après le troisième ou le quatrième veau, que les vaches donnent le plus de lait. Comme à Paris, on ne les livre jamais à la reproduction, on ne les conserve guère plus de 8 mois.

Le seul reproche que Robin fasse aux nourrisseurs, c'est le pansage insuffisant et la litière parcimonieuse. Mais il ne voit pas en quoi ces défauts de nettoyage pourraient préjudicier à la santé des bêtes et à la qualité de leur lait. Les nourrisseurs parisiens donnent à leurs vaches une nourriture très abondante et très variée, riche en farineux et où l'eau ordinaire est souvent remplacée par la drèche liquide. Au point de vue de la richesse, le lait produit à Paris n'atteint jamais les limites minima fixées par le laboratoire municipal : 122 grammes d'extrait sec par litre; la moyenne est en effet de 130 grammes. En résumé, dans les vacheries parisiennes, Robin ne voit rien qui puisse faire contracter une maladie spéciale aux laitières ; rien qui puisse altérer le lait qu'elles font. Il n'admet pas non plus qu'avec ces vaches, on puisse faire du lait comme on veut et autant qu'on veut. J. B.

Ueber die Bedeutung der Milchmittel (Passage de diverses substances dans le lait), par FRŒHNER (*Monatshefte für praktische Thierheilkunde et Hyg. Rundsch., I*, 945, *1er novembre* 1891).

A la suite d'ingestion, on a trouvé dans le lait les principes colorants du safran, de la rhubarbe et de la garance; l'odeur caractéristique de l'ail, du poireau, de l'oignon ; les saveurs spéciales au maïs et au chou, le goût d'huile de baleine après l'ingestion de poissons ; le camphre, l'essence de térébenthine, les camomilles; l'aloès, l'arsenic, le plomb, l'émétique; le chlorure de sodium, le carbonate et le sulfate de soude; l'iode, le fer, le zinc, le bismuth, l'acide borique, l'antimoine et le mercure. Après administration de créoline à hautes doses, le lait prend une saveur empyreumatique, rappelant cette substance.

En revanche, on n'a reconnu dans le lait ni le thym, ni la lavande, ni

la sauge, ni l'oseille, ni la chicorée, ni les baies de genévrier, ni l'anis, ni le fenouil, ni le persil, non plus que la gentiane, l'absinthe et les autres amers.

La morphine n'y a pas été davantage retrouvée. Cependant Fubini et Cantu ont décelé dans le lait d'une chienne la morphine qu'ils avaient injectée sous la peau de cet animal (*Deutsche med. Zeitung* 1891, n° 54).

On a cité des accidents chez l'homme à la suite de la consommation du lait d'une chèvre qui avait mangé des euphorbes et du lait de vaches alimentées soit avec des feuilles de betteraves pourries, soit avec des tourteaux de ricin. On a également mentionné, une fois seulement, des inconvénients résultant de l'ingestion de laits contenant du cuivre, du mercure ou de l'aloès. (*R. S. M.*, XXI, 84 et 86; XXV, 102; XXIX, 225; XXX, 54 ; XXXII, 50 et XXXVIII, 503.) J. B.

Die sanitaetspolizeiliche Ueberwachung des Verkehrs mit Milch (Police sanitaire du commerce du lait), par **H. SCHÆFER** (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanitw.*, 3e *série*, *II*, 376, *et III*, 151 *et* 344, *octobre* 1891, *janvier et avril* 1892).

Important mémoire dans lequel l'auteur étudie sous toutes ses faces la question de la production et de la vente du lait de vache au point de vue de l'hygiène publique. Il expose successivement les maladies de la vache qui peuvent se transmettre à l'homme par l'usage du lait, les maladies humaines auxquelles le lait lui-même peut servir de véhicule, les altérations auxquelles le lait est sujet soit de lui-même, soit par manque de propreté, les méthodes de conservation du lait, les procédés d'examen du lait mis en vente, enfin les règles qui doivent inspirer un contrôle sanitaire efficace de cet aliment populaire. Le travail de Schaefer se termine par un index bibliographique très étendu. J. B.

Le lait comme milieu nourricier pour les bacilles cholériques, par **Douglas CUNNINGHAM** (*Hygienische Rundschau, I*, 453, 15 *juin* 1891).

Cunningham a d'abord examiné le lait consommé à Calcutta, avec ou sans ébullition préalable. Il a constaté qu'il renfermait toujours un grand nombre de schizomycètes et que rapidement il subissait la fermentation acide et se coagulait.

Vu l'extrême susceptibilité du bacille en virgule à l'égard des acides libres, il était à présumer que ce lait ne devait pas constituer un milieu favorable pour son développement. C'est ce que les expériences de Cunningham ont confirmé.

Après l'introduction des bacilles cholériques, le lait fermentait comme d'habitude, les bacilles cessaient rapidement de se multiplier et ne tardaient pas à périr. Si, avant d'être ensemencé avec ces bacilles, le lait était d'abord bouilli, on observait pendant un certain temps une énergique multiplication des bacilles, mais plus tard ils étaient le plus souvent étouffés par la croissance luxuriante du bacille subtil non détruit par la coction. Enfin dans le lait stérilisé, les vibrions du choléra se multipliaient sans obstacle.

Cunningham conclut que l'état impur du lait vendu à Calcutta est un sûr garant contre le développement des germes cholériques. J. B.

Ueber das Verhalten von Typhusbacillen, Cholerabakterien und Tuberkelbacillen in der Butter, par Hugo LASER (*Zeitschr. f. Hyg., X*, et *Hyg. Rundsch., II*, 57, 15 *janvier* 1892).

Laser filtrait à travers du papier stérilisé des bacilles suspendus dans une solution salée stérile et incorporait le filtrat à du beurre ou à de la graisse et de la caséine en provenant. Puis il recherchait par les cultures sur plaques ce qu'étaient devenus les microrganismes au bout de quelque temps.

Les bacilles typhoïdiques avaient disparu le 5e jour de la caséine, le 6e du beurre et le 7e de la graisse.

De la même façon, il incorpora à un beurre aigre, salé et vieux de quatre jours, des bacilles cholériques et constata que ceux-ci n'y étaient plus reconnaissables le cinquième jour, de même que dans la caséine, tandis que dans la graisse ils cessaient d'être cultivables dès le quatrième jour. En remplaçant le liquide salé de suspension par de l'huile d'olive, les bacilles cholériques se conservèrent dans le beurre sept jours.

En ce qui concerne les bacilles tuberculeux, il a eu recours à des expériences sur les animaux auxquels il injectait dans le péritoine, à des intervalles déterminés, du beurre additionné des microbes pathogènes. Il a trouvé que le beurre était encore infectieux au bout de 6 jours; à partir du 12e jour, il ne contenait plus de bacilles virulents.

En somme, le beurre peut transmettre environ une semaine les virus de la fièvre typhoïde, du choléra et de la tuberculose.

Au cours de ses expériences, Laser a reconnu que le beurre présente constamment des germes de l'oïdium lactis, fait qui pourrait servir à décéler, le cas échéant, de petites quantités de beurre. J. B.

I. — Extrait du rapport sur l'examen des denrées alimentaires dans le canton de Saint-Gall pendant l'année 1889, par G. AMBUEHL.

II. — Extrait du rapport sur les analyses de denrées alimentaires pratiquées à Amsterdam en 1890, par D. J. COSTER et J. MAZURE (*Revue internat. des falsif., IV*, et *Hyg. Rundch., II*, 58 et 61, 15 *janvier* 1892).

I. — En 1889, Ambuehl a analysé 1,456 échantillons contre 1,238 en 1888.

1° *Vins.* — Des 738 examinés, 188 ont été trouvés mauvais. Les mêmes falsifications reviennent chaque année; c'est l'emploi interdit des procédés de bonification de Gall ou de Pétiot, une trop grande teneur en acide acétique, etc., etc. La coloration avec la fuchsine est devenue exceptionnelle. — Les vins importés d'Espagne contiennent le plus souvent une dose de sulfate de chaux supérieure à celle qui est tolérée (0,2 p. 100). Les négociants espagnols ayant prétendu que ce plâtrage était naturel, qu'il tenait à la richesse de leur sol en pyrites, le conseil d'hygiène de Saint-Gall a fait pratiquer des analyses de ce sol qui ont démenti ces allégations.

Les vins italiens, en vieillissant, sont sujets à s'aigrir, en raison de leur teneur en alcool. Ambuehl s'étonne qu'aucune législation sanitaire ne se soit occupée de fixer la proportion maxima d'acide acétique que les vins peuvent contenir. D'après lui, ces vins devenus acides doivent être dénaturés par addition de vinaigre de vin et exclus de la consommation.

Il ne faut pas songer à les améliorer à l'aide de corps neutralisants, parce que ceux-ci ne détruisant pas le champignon de l'acide acétique, les vins ne tardent pas à redevenir acides.

2° *Lait.* — Sur 208 échantillons, 6 étaient mouillés de 6 à 35 p. 100.

3° *Beurre.* — Il n'y a souvent que la couche extérieure des masses qui soit de bonne qualité et de composition normale. D'Allemagne et d'Autriche, on introduit d'énormes quantités de beurre adultéré de graisses et vendu sous le nom de beurre. On se sert pour cela de saindoux pur ou mêlé d'huile de graines de cotonnier. Des 13 échantillons examinés, 10 contenaient plus ou moins de graisses étrangères.

Le saindoux américain est toujours falsifié.

4° *Saucissons.* — La plupart contenaient jusqu'à 4,6 p. 100 de farine de froment ou de pommes de terre; la nouvelle loi sur le commerce des aliments défend toute addition de farine dans la charcuterie.

5° *Conserves de fruits.* — Les pommes sèches, importées d'Amérique, contiennent fréquemment du zinc, parfois en proportion considérable; Ambuehl explique la présence de ce métal par l'usage de lames de couteau galvanisées qui ont servi à préparer les fruits.

6° *Farines.* — Il arrive souvent que des farines de bonne qualité ne trouvent plus acheteur, après avoir été transportées dans des wagons ayant subi une désinfection; c'est le cas notamment quand on a employé le chlorure de calcium qui imprègne la farine de son odeur.

II. — A Amsterdam, en 1890 on a analysé 3,949 échantillons d'aliments. 159 échantillons d'eau-de-vie de genièvre étaient trop faibles en alcool ou de limpidité ou de couleur défectueuses. Le cognac était additionné de caramel ou de glycérine. Les vins mousseux et les cidres étaient additionnés de fortes proportions d'acide salicylique, de glucose ou d'acide sulfurique (ce dernier en petite quantité). La moitié des limonades au citron renfermaient de l'acide salicylique, les liqueurs souvent de l'acide sulfurique. Le vinaigre contenait fréquemment trop peu d'acide acétique. La bière, la farine, les pâtisseries et confiseries, le café et le thé étaient généralement de bonne qualité. Le poivre noir en poudre était très souvent additionné de poudre d'écorce et de sable. J. B.

Die Fleischvergiftung in Cotta (*Hygienische Rundschau*, *I*, 716, 1er *septembre* 1891).

En juin 1889, 136 habitants de Cotta et des environs, près de Dresde, tombèrent malades après avoir mangé de la viande d'une vache abattue pour mammite. Cette viande fut surtout consommée crue, mais, à l'état rôti et convertie en bouillon, elle donna également lieu à des accidents. Le boucher et son garçon qui n'avaient mangé que la valeur d'une pointe de couteau du hachis cru furent parmi les personnes atteintes. Il y eut 4 décès, tous de gens ayant consommé la viande crue. Les chiens ne furent pas malades. Un vétérinaire avait permis la vente de la viande. L'autopsie des victimes, faite par Neelsen, ne révéla aucun microorganisme dans les vaisseaux sanguins. Leur intestin contenait le bacille du foin et le protée; en outre, dans un cas, on constata de petits bâtonnets, peut-être identiques au bacille entéritique de Gaertner.

Dans le tissu conjonctif de la viande, Johne découvrit deux espèces de microorganismes : une petite bactérie et un mégacoque rond. Les essais

de culture sur gélatine fournirent des produits ressemblant extrêmement au bacille entéritique. L'ingestion de cette viande ne détermina aucun accident chez les chiens, tandis qu'elle entraîna (de même que l'injection sous-cutanée des cultures) la mort de souris blanches qui succombèrent aussi après avoir dévoré une souris infectée de la même façon. Le sang du cœur des souris contenait, en cultures pures, les bactéries signalées. L'injection des cultures chez une vache amena une mammite fébrile avec mortification partielle du pis.

Dans la viande et la moelle osseuse de la vache consommée, de même que dans l'intestin, le sang du cœur et la rate de deux des victimes, Gaertner a également trouvé un bacille que comme Johne pour le sien, il croit identique au bacille entéritique. Les tentatives d'infecter des chiens, de jeunes chats et des poules furent infructueuses ; en revanche il y eut mort de souris blanches. La viande cuite et le bouillon ne paraissaient pas toxiques, tandis que dans le cas où Gaertner fit la découverte du bacille entéritique (*R. S. M.*, XXXIV, 501), le bouillon même stérilisé tuait les cobayes. J. B.

Weitere Versuche über die Geniessbarkeit des Fleisches vergifteter Thiere (Nouvelles expériences sur la possibilité de consommer la viande des animaux empoisonnés), par FRŒHNER et KNUDSEN (*Monatshefte für praktische Thierheilk.*, *II*, et *Hyg. Rundsch.*, *I*, 719, 1er *septembre* 1891).

Continuation des expériences signalées. (*R. S. M.*, XXXVIII, 120). Froehner et Knudsen, après avoir empoisonné des moutons et des lapins avec de la pilocarpine et de la vératrine, en ont mangé la viande ou l'ont administrée à des chiens, le tout sans inconvénient. Il est bien entendu toutefois, qu'il ne s'agit ici que de la chair musculaire et des viscères parenchymateux (cœur, foie et reins), car l'estomac et l'intestin des animaux empoisonnés, même par la voie sous-cutanée, ne s'ingéraient pas sans danger. J. B.

Beitrag zur Lehre der Wasseraufnahme durch die Kleidung (Pouvoir absorbant des vêtements pour l'eau), par REICHENBACH (*Arch. f. Hyg.*, *XIII*, et *Hyg. Rundsch.*, *II*, 63, 15 *janvier* 1892).

Rumpel a montré qu'un bras enveloppé de bandes de flanelle humides perd davantage de son calorique qu'un bras nu. Il y avait donc lieu, ce qui n'avait pas encore été fait, de rechercher la manière dont les étoffes vestimentaires se comportent à l'égard de l'eau émise par le corps lui-même.

Reichenbach s'est servi de petits morceaux d'étoffes d'environ 80 centimètres carrés qui, après avoir été complètement desséchés, étaient portés en moyenne 3 heures sur la peau nue, puis pesés.

Lorsqu'il existe une sécrétion sudorale modérée, la laine et le coton absorbent presque autant l'une que l'autre, soit environ 50 0/0, tandis que dans les cas où il n'y a pas de sueurs et seulement excrétion d'eau sous forme de vapeur, la laine en absorbe toujours le double que le coton.

D'autres expériences ont appris à Reichenbach que si, dans ces conditions, on représente par 100 le pouvoir absorbant de la laine pour l'eau et par 52 celui du coton, celui de la soie correspond à 61,3.

Les résultats de ces expériences concordent sensiblement avec celles que Reichenbach a faites pour rechercher le pouvoir absorbant de ces diverses étoffes à l'égard de la vapeur d'eau atmosphérique; il a en effet trouvé les chiffres respectifs de 100, 66,5 et 60,5. J. B.

Wesen und Ausbreitung der Sprachstœrungen unter der Schuljugend Preussens (Vices de la parole chez les écoliers prussiens), par GUTZMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 41, *p.* 1020, 12 *octobre* 1892).

On compte au moins un pour cent d'enfants bègues parmi les écoliers non seulement de la Prusse, mais aussi des Etats voisins de l'Allemagne. Le bégaiement triple de fréquence pendant les années scolaires, tandis que le balbutiement diminue de plus en plus et disparaît à quelques exceptions près. A l'âge scolaire, on compte deux fois plus de bègues chez les garçons que chez les filles. A l'âge adulte, les femmes ne forment que les dix pour cent des bègues. Cette diminution considérable du bégaiement dans le sexe féminin après la puberté correspond à un changement de type de la respiration qui devient costale chez la femme, tandis qu'elle est abdominale chez l'homme.

Les classes pauvres ne fournissent pas plus de bègues que les classes aisées ; à Wiesbaden et à Kœnigsberg on a plutôt observé l'inverse.

En Allemagne, il n'y a pas de contrée qui soit le siège de prédilection de ce vice de la parole, qui est à peu près aussi commun dans les campagnes que dans les villes. C'est à tort que Kussmaul a cru que les Chinois ne bégaient pas.

L'état des fosses nasales et celui du pharynx sont importants à considérer chez les bègues. Mais les lésions que ces organes présentent, et principalement les végétations adénoïdes, ne sont pas en relation directe avec le bégaiement. Ce vice du langage ne peut être guéri par la simple ablation des végétations; il faut toujours faire suivre l'opération d'un traitement gymnastique et didactique; d'autre part, l'enlèvement de végétations adénoïdes obstruant les voies respiratoires supérieures est absolument nécessaire pour que le traitement gymnastique soit fructueux. J. B.

De la part de l'air dans la transmission de la fièvre typhoïde, par SICARD (*Semaine méd.*, 20 *janvier* 1892).

Tout en admettant que la contagion par l'eau soit la cause la plus fréquente de la dothiénentérie, Sicard pense que l'air peut être une voie de transmission. Il prouve en effet, contrairement aux recherches antérieures, que l'air expiré par des typhiques contient le bacille d'Eberth. A l'aide d'un appareil assez simple, l'auteur recueille l'air soufflé pendant cinq minutes par les malades.

L'appareil est mis à l'étuve à 37° pendant quarante heures. Au bout de ce temps, on recueille l'eau dans laquelle a barboté l'air expiré et on fait avec cette eau des cultures et des préparations colorées qui indiquent les unes et les autres la présence du bacille d'Eberth.

Les bacilles peuvent être emportés par l'air ; ils pénètrent par les voies respiratoires, se localisent dans les bronches ou le poumon et pénètrent par l'intermédiaire du courant sanguin jusqu'à l'intestin, les lésions dans

ce cas n'ayant ni l'intensité ni les signes classiques de celles produites par la pénétration du bacille par les voies gastriques. A. CARTAZ.

Die Fäulnissbakterien der menschlichen Leiche (Les bactéries de la putréfaction des cadavres humains), par BECK (*Arbeiten aus dem path.-anat. Institut zu Tübingen, I, n°* 1, 1891).

Les cadavres humains injectés ou non contiennent tous des bactéries saprogènes qui semblent provenir de l'intestin et se multiplier principalement dans le sang. L'injection de glycérine phéniquée paraît réussir mieux que le sublimé à ralentir les progrès de la putréfaction.

L'air des salles de travail médicales (salles de dissection, d'autopsie, etc.) contient toujours des bactéries de putréfaction ; une seule fois on y a rencontré un microbe pathogène, le staphylococcus pyogenes aureus.

LEFLAIVE.

I. — Sur l'augmentation de fréquence du tænia en France depuis un demi-siècle, par BÉRENGER-FÉRAUD (*Bull. acad. méd.*, 26 *janvier* 1892).

II. — Sur la fréquence relative des diverses espèces de tænia, par G. COLIN (*Bull. acad. méd.*, 9 *février* 1892).

. — Pour démontrer que la fréquence du tænia, en France, s'est notablement accrue depuis un demi-siècle, Bérenger-Féraud s'est servi de documents puisés dans les Archives des hôpitaux de la marine, de l'armée, de l'Assistance publique à Paris, et de quelques villes de divers départements. Les propositions suivantes en découlent :

Le tænia est incontestablement plus fréquent aujourd'hui que dans la première moitié de ce siècle.

Le tænia inerme provenant du bœuf s'est substitué au tænia armé d'origine porcine.

Les hôpitaux de la marine le voient plus souvent que les hôpitaux civils et que ceux de l'armée, parce qu'ils reçoivent surtout des hommes qui ont contracté le parasite dans les contrées exotiques, où il est plus fréquent qu'en France.

Le tænia inerme semble pénétrer en France par les frontières de Belgique, de Suisse et par les côtes de la Méditerranée.

Nos moyens de défense contre cet envahissement devront être :

A. L'usage de la viande bien cuite. B. L'augmentation de l'élevage indigène des bœufs de boucherie. C. La destruction, autant que possible, des œufs du tænia excrétés par les hommes atteints du parasite.

II. — D'après Colin, quelques-unes des propositions précédentes ne lui paraissent pas actuellement démontrées. De la discussion, à laquelle il les soumet, il émet les conclusions suivantes :

Il ne semble nullement prouvé que le tænia solium soit plus rare aujourd'hui qu'autrefois et que ce tænia soit en voie de disparaître, remplacé par le tænia inerme. La rareté actuelle du premier, relativement à l'autre, provient très probablement de ce que, dans le passé, on ne pouvait ni on ne songeait à distinguer les deux espèces.

Il n'a pas été établi que le tænia inerme ait pour unique point de départ la cysticercose ladrique des bêtes bovines. Il est à peu près certain que le tænia inerme nous arrive par la viande du veau, non par celle du bœuf.

Enfin, il n'y a, jusqu'ici, aucune preuve de la plus grande fréquence de la ladrerie bovine chez les bêtes étrangères à notre pays, et conséquemment, aucune raison sérieuse de rapporter à l'introduction du bétail exotique l'accroissement des cas de tænia inerme dans certaines parties de la France. OZENNE.

Die Veränderung der Struma und des Halsumfanges bei Rekruten währeng des Militärdientes (Influence du service militaire sur le volume du cou et du goitre chez les recrues), par Hans GUETTINGER (*Zurich* 1891 *et Correspondenz Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 8, *p.* 262).

En Suisse, l'instruction pour le service de santé autorise l'incorporation des recrues atteintes de goîtres hypertrophiques simples, pourvu qu'ils n'occasionnent ni une difformité remarquable ni des phénomènes de compression, et, d'une façon plus générale, des goitres pouvant être fructueusement traités autrement que par une intervention chirurgicale.

Guettinger a recherché, sur 417 recrues, l'influence exercée par 6 1/2 semaines de service militaire, tant sur le volume du cou que sur celui du goitre. Il est arrivé aux résultats suivants :

134 fois il y a eu diminution du goitre et de la circonférence du cou.

112 fois il y a eu diminution du goitre sans diminution de la circonférence du cou.

105 fois il y a eu diminution du goitre, mais augmentation de la circonférence du cou.

69 fois il y a eu diminution de la circonférence du cou malgré l'état stationnaire ou l'augmentation du goitre.

31 fois il n'y a eu aucune modification.

16 fois il y a eu augmentation du goitre sans modification de la circonférence du cou.

Enfin 14 fois il y a eu augmentation simultanée du goitre et de la circonférence du cou. J. B.

Méthode d'essai des désinfectants, par CROOKSHANK (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *XIII*, 730, *août-septembre* 1891).

La méthode d'essai des désinfectants consistant en une immersion de quelques minutes dans un liquide, d'un fil infecté, puis en un essai de culture sur un milieu nourricier, est un procédé insuffisant, car l'action des antiseptiques peut demander des heures et des jours pour se produire et non des minutes. Il faut en outre ne pas laver les fils dans l'alcool absolu avant de les plonger dans le milieu de culture, car l'alcool détruit le streptocoque de l'érysipèle, celui de la suppuration et même le staphylocoque pyogène doré.

Crookshank plonge le fil dans le liquide antiseptique, pendant un nombre déterminé de minutes, puis il neutralise le liquide au moyen d'une substance chimique pour en arrêter l'action (sulfuro d'ammonium lorsque les essais portent sur le sublimé corrosif). Il résulte des recherches entreprises à propos d'un cas d'érysipèle, que l'acide phénique au cinquantième est préférable au sublimé corrosif quel que soit le titre de la solution de ce dernier. J. B.

Nouveau procédé d'intoxication saturnine, par RICHE (*Annales d'hyg., XXV, p.* 459, *mai* 1891).

On se sert dans les cafés d'un petit instrument avec lequel on agite les boissons et sur lequel on peut placer du sucre au-dessus d'un verre. Cette petite pelle est en zinc nickelé et découpé à l'emporte-pièce après avoir été nickelé, de sorte que le zinc est à nu sur toute la surface des bords. La pièce analysée par le laboratoire municipal contenait des traces de plomb, celle qui a été remise à Riche n'en renfermait pas.

Le danger est surtout pour les limonades, car le zinc est attaqué par les acides. Riche conclut à interdire ces ustensiles ou à exiger qu'ils soient nickelés sur les bords tout aussi bien que sur les deux faces et maintenus en bon état. J. B.

La question des cimetières devant le comité supérieur prussien des affaires médicales (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanit.*, 3e *série, I. Supplément, p.* 29, *avril* 1891).

La Prusse ne possédant pas de législation uniforme sur les cimetières, le gouvernement a consulté le Comité scientifique sur le côté sanitaire de la question que les deux rapporteurs, Schœnfeld et Grandhomme ont envisagée sous tous ses aspects. Malgré les défectuosités de l'état de choses actuel, il n'a été cependant signalé aucun inconvénient grave résultant de l'installation ou de l'exploitation des cimetières.

L'Office sanitaire de l'Empire poursuit, depuis plusieurs années, des expériences relatives aux dangers que peuvent présenter les germes pathogènes contenus dans les cadavres inhumés. Qu'il s'agit de cercueils en zinc ou de cercueils en bois, il n'a jamais été possible de retrouver, dans la terre avoisinant les cercueils, l'espèce de bactérie qui avait servi à infecter les animaux enfouis. Les spores charbonneuses enterrées sont restées pendant un an susceptibles de développement. Les bacilles cholériques ne résistèrent pas au delà de deux semaines. Les bacilles typhoïdiques n'étaient déjà plus nettement reconnaissables au bout d'une quinzaine et ne l'étaient plus du tout au bout d'un mois. Enfin, les bacilles tuberculeux n'ont existé que pendant trois mois.

Le travail de destruction des cadavres dans le sol peut se diviser en deux phases. La première est la fermentation putride qui dure tant que les corps sont assez riches en eau ou qu'ils en reçoivent de l'extérieur. C'est un processus de réduction dû aux bactéries, consistant d'abord en un dédoublement de la molécule de l'albumine; il donne lieu à formation de gaz fétides et de ptomaïnes. La deuxième phase est la décomposition proprement dite qui commence dès que, l'eau manquant, l'air a libre accès. C'est un processus d'oxydation dû aux mucédinées surtout, et ne produisant ni gaz fétides ni ptomaïnes, mais seulement, en fin de compte, des nitrates et des sulfates, de l'acide carbonique et de l'eau.

Le Comité supérieur prussien conclut que l'influence fâcheuse des cimetières n'est avérée qu'en ce qui touche les incommodités provenant des odeurs et les accidents résultant de la descente dans des caveaux où l'acide carbonique s'était accumulé.

Quant aux maladies infectieuses provenant des cimetières, il n'en est pas d'exemple certain.

Les qualités nécessaires à un sol choisi pour des inhumations, sont la sécheresse et un certain degré de porosité. L'exploitation des cimetières doit être réglementée et surveillée ; les prescriptions doivent porter sur la profondeur, la superficie, le degré d'écartement des fosses ainsi que sur le tour de rotation. On évitera le plus possible les caveaux de famille. En tout cas, leur installation et leur usage seront l'objet d'une réglementation. Il doit en être de même pour les dépôts mortuaires. Avant d'approuver un projet d'établissement de cimetière, il faudra recourir à l'avis d'un médecin hygiéniste. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Leçons de clinique médicale, 2e série, par J.-J. PICOT (1 *vol. in-8° de* 500 *p.*, 1892).

Le volume que vient de faire paraître le savant professeur de clinique de Bordeaux, justifie absolument son titre : c'est de la bonne clinique française, telle que la comprenaient les maîtres de la génération précédente, mise au courant de toutes les découvertes récentes, mais ne perdant jamais de vue l'observation du malade.

Dans ces leçons, ce sont de préférence les maladies du système nerveux qui sont étudiées. L'analyse des troubles cérébraux dans la méningite tuberculeuse des adultes, et la détermination du centre cérébral masticateur qui produit le trismus, forment un côté encore peu exploré de cette maladie. L'aphasie qu'on rencontre au cours de la tuberculose méningée peut également dépendre d'une lésion corticale ou d'une altération de l'insula : deux leçons sont consacrées à ces deux variétés.

A propos d'un cas d'hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire, Picot étudie les contractures précoces post-hémiplégiques. De même, une série de faits lui permettent d'apprécier la valeur du symptôme rotation de la tête et déviation conjuguée des yeux, suivant qu'elle est en rapport avec une lésion de l'écorce, du centre ovale, de la capsule interne, des pédoncules cérébraux ou du bulbe. On lira avec fruit cette étude de fine séméiotique, ainsi que le chapitre dans lequel l'auteur essaie d'appliquer au diagnostic les notions fournies par le sens de la déviation oculaire.

La paralysie faciale fait également l'objet d'une série de leçons qui donnent une idée complète de la valeur de ce syndrôme. Les paralysies périphériques, celles qui se produisent dans l'aqueduc de Fallope, en amont et en aval du ganglion géniculé, celles qui dépendent d'une lésion située entre le bulbe et le conduit auditif interne, sont analysées en grand détail : il en est de même des diverses variétés de paralysie faciale bulbaire, suivant qu'elles intéressent les deux noyaux du facial ou seulement le noyau inférieur. Enfin deux chapitres sont consacrés à

l'étude des paralysies de cause centrale, par lésions des ganglions centraux ou de l'écorce cérébrale. Un dernier chapitre vise les paralysies d'ordre purement fonctionnel (intoxications, hystérie).

Deux leçons sur le zona des nerfs maxillaires supérieur et inférieur, complètent cet aperçu des maladies proprement dites du système nerveux.

Le reste de l'ouvrage traite de préférence des néphrites, de leurs variétés, et de leurs complications urémiques. On lira avec intérêt l'observation d'un malade qui au cours d'une néphrite chronique, présenta les signes d'une insuffisance mitrale relative, ainsi que les accidents infectieux secondaires d'origine pulmonaire et cardiaque, qui viennent modifier l'évolution normale des maladies rénales.

Cet aperçu rapide montre dans quel esprit est conçu cet excellent ouvrage, digne en tout point de son devancier. H. R.

Leçons de clinique médicale (1879-1891), par LANCEREAUX (*Paris*, 1892).

Ce volume comprend une série de leçons sur les sujets de prédilection de Lancereaux. Nous signalerons en première ligne les pages consacrées aux intoxications, et notamment aux intoxications alcooliques, où il a su déterminer les caractéristiques des empoisonnements chroniques par le vin, les spiritueux ou les essences, aux dégénérescences, aux héréditaires (hystérie, convulsions, microcéphalie, infantilisme, etc.), à l'étude de l'influence de l'alcoolisme sur le développement de la tuberculose, la dépopulation, la criminalité en France. L'étude des paralysies alcooliques complète la suite des leçons consacrées à cette variété d'intoxications, dont Lancereaux rapproche les intoxications variées (plomb, oxyde de carbone, ergotisme, etc.).

Une autre série est composée de leçons sur la syphilis, et spécialement des manifestations de la syphilis, soit sur les centres nerveux (méningite, artérite, encéphalite et myélite syphilitique), soit sur les nerfs et notamment sur les nerfs oculaires. Les observations recueillies avec un grand sens clinique, et sobres de détails oiseux sont accompagnées de planches montrant d'une manière très nette les lésions anatomiques qui avaient causé les phénomènes observés. Plusieurs pages contiennent l'étude anatomopathologique et clinique de la syphilis des voies aériennes, et notamment de la syphilis acquise ou héréditaire des poumons.

Dans un chapitre sur la tuberculose, Lancereaux après l'avoir étudiée au point de vue géographique ; met en doute la valeur de l'humidité et de l'altitude, et attribue un rôle capital à l'air; il montre que la fréquence de la tuberculose est en relation directe avec la densité de la population, mais se déclare incrédule au point de vue de la contagion directe des tuberculeux à son entourage. L'air, en quantité insuffisante, amène la dénutrition, la débilité, la prédisposition à la tuberculose ; de même l'alcoolisme y prédispose ; *la tuberculose est la maladie de la civilisation.*

Les dernières pages contiennent l'étude des diverses formes cliniques du diabète et de l'acétonémie, du diabète insipide, de plusieurs cas d'hémorragies névropathiques, d'hyperthermie dans le cours des maladies fébriles aiguës, de l'étiologie du scorbut des prisons de la Seine.

H. LEROUX.

Les nouvelles maladies nerveuses, par G. ANDRÉ (*vol. In-8°, Paris*, 1892).

Les différents chapitres de ce livre ne peuvent guère s'analyser, étant eux-mêmes un exposé et un résumé des travaux originaux traitant de telle ou telle maladie. Il est juste de reconnaître que l'auteur a rempli d'une manière tout à fait satisfaisante le but qu'il s'était fixé. Il a voulu en effet combler une lacune des différents traités de pathologie interne, ou même de maladies nerveuses, dans lesquels les affections récemment décrites ne figurent pas encore. L'étude de ces affections nécessite donc une peine infinie, et s'accompagne de difficultés extrêmes. Ces difficultés, G. André a su les surmonter, cette peine il se l'est donnée lorsqu'il a fait sur ce sujet un cours à la Faculté de Toulouse, et il a voulu avec grande raison que le public médical en profitât.

Les sujets traités dans ce petit livre sont les suivants : Les nouveaux types d'atrophie musculaire progressive; la syringomyélie; les polynévrites; l'astasie-abasie; l'hystéro-traumatisme; les paralysies faciales; l'ophthalmoplégie; la neurasthénie; les tremblements; les pseudo-chorées; le paramyoclonus; les vertiges; la morphinomanie; l'acromégalie; la maladie de Thomsen; la tachycardie essentielle paroxystique; l'acétonémie; la migraine ophthalmique; les tics convulsifs, etc... A ces différents chapitres, G. André a joint un travail personnel sur les paraplégies urinaires, sur des cas de monoplégie du membre supérieur et du membre inférieur et sur les lésions corticales considérées dans leurs rapports avec l'insuffisance aortique. PIERRE MARIE.

Ueber zwei Fälle von amnestischer Aphasie... (Deux cas d'aphasie amnésique, avec remarques sur les processus mentaux de la lecture et de l'écriture), par L. LÖWENFELD (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenkeilkunde, II*, 1, *p.* 1).

1° Homme de 58 ans, qui, au cours d'un rhumatisme fébrile (pas le vrai rhumatisme articulaire), fut pris d'attaques s'accompagnant de troubles de la parole et d'impossibilité de lire; ces troubles devinrent permanents. La compréhension de la parole et celle de l'écriture étaient conservées ; au contraire, la parole, la faculté de répéter, la lecture à haute voix, l'écriture à la dictée, l'écriture spontanée étaient plus ou moins altérées. L'auteur fait remarquer que ces troubles ne rentrent dans aucune des sept formes d'aphasie de Wernicke, mais plutôt dans les « aphasies de conduction » de ce même auteur.

2° Homme de 57 ans, ayant présenté depuis quelque temps déjà des troubles nerveux divers du côté des membres, et qui tout d'un coup fut pris de troubles de la parole et de la lecture, en même temps que d'un certain degré d'hémiopie. Il n'avait conservé que la compréhension de la parole ; au contraire, il présentait des troubles accentués pour parler, pour répéter, pour écrire spontanément, pour écrire sous la dictée, pour copier, pour lire à haute voix, pour comprendre l'écriture (ce dernier acte ne se montrait d'ailleurs que très légèrement altéré). La perte de la mémoire était considérable.

A l'occasion de ces deux observations, l'auteur passe en revue les cas plus ou moins analogues et critique les opinions émises sur l'aphasie par un certain nombre d'auteurs. Il n'accepte pas complètement les théories de Wernicke ni de Lichtheim, mais pense qu'il faut, avec les auteurs français, assigner une importance de premier ordre au mécanisme spécial à chaque individu pour la formation du langage.

PIERRE MARIE.

Ueber primäre, acute, hæmorrhagische Encephalitis, par LEICHTENSTERN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 2, *p.* 39, 1892).

Leichtenstern a observé l'encéphalite primitive aiguë, hémorragique, chez quatre femmes de 19 à 33 ans.

Le tableau clinique est invariable : une personne saine ou chlorotique se plaint de céphalalgie et vomit ; au bout de quelques jours, elle tombe dans l'apathie, la prostration et enfin le coma, de sorte que la période d'état de la maladie ne dure que quelques jours. Quand il y a de l'hémiplégie, celle-ci ne se manifeste jamais à la suite d'une attaque apoplectique, mais d'une façon lente et toujours après l'apparition du coma.

On doit considérer comme exceptionnelle l'évolution prolongée au delà de 15 jours, telle qu'on l'a observée chez une des malades de l'auteur ; même dans ce cas le coma s'est manifesté très rapidement.

La fièvre n'est pas constante. Elle n'apparaît pas à la période prodromique.

A l'autopsie on n'a constaté que des lésions cérébrales. Les foyers cérébraux sont multiples, souvent symétriques. Ils se composent d'hémorragies punctiformes séparées par du tissu ramolli, gris rougeâtre. On les trouve dans les ganglions centraux (couche optique, corps strié) ; une fois ils existaient dans l'écorce des deux lobes temporaux ; l'auteur ne les a pas vus dans le centre ovale, non plus que dans le cervelet, la protubérance, la moelle allongée.

Chez une jeune fille de 19 ans qui, après quelques jours de céphalalgie, n'eut que 24 heures de coma, on trouva outre les foyers hémorragiques des noyaux caudés, une thrombose des veines choroïdiennes et des veines de Galien avec un prolongement dans le sinus droit. L'auteur considère ces thromboses comme secondaires.

L'étiologie de l'encéphalite aiguë hémorragique primitive est obscure ; cette maladie est très probablement d'origine infectieuse. Les quatre cas de l'auteur ont été observés dans ces 18 derniers mois, c'est-à-dire depuis l'épidémie d'influenza.

L'encéphalite aiguë hémorragique secondaire, qui se traduit par des lésions analogues à celles de la forme primitive, peut être une conséquence de la méningite cérébro-spinale épidémique, de l'endocardite ulcéreuse, de l'influenza. L. GALLIARD.

I. — Ueber Myelomeningitis cervicalis anterior bei Tuberculose, par GOLDSCHEIDER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 38, *p.* 935, 21 *septembre* 1891).

II. — Discussion de la Société des médecins de la Charité de Berlin (*Ibidem*, *n°* 40, *p.* 1000, 5 *octobre*).

Phtisique offrant une contracture, sans trace d'atrophie, des muscles des épaules, de la poitrine, des bras et, à un degré moindre, des avant-bras ; en revanche les muscles des mains et des doigts étaient intacts. Durant le sommeil, survenait un relâchement incomplet des muscles rigides, entrecoupés par des accès de convulsions dans les bras. Il y avait exagération des réflexes tendineux, périostiques, aponévrotiques et cutanés. Intégrité de la sensibilité et des sens spéciaux. Pas d'augmentation de l'excitabilité mécanique des troncs nerveux.

Autopsie. Tuberculose pulmonaire. État normal du rachis. Aucune lésion du cerveau. Après durcissement de la moelle, on distingue une myélo-méningite antérieure de la région cervicale. L'épaississement inflammatoire de la pie-mère s'étend de la quatrième paire de racines cervicales à la première paire de nerfs dorsaux, avec maximum au niveau des cinquième et sixième nerfs cervicaux. Au-dessus et au-dessous, la pie-mère est intacte, tandis qu'il existe une dégénération diffuse peu marquée dans les cordons antérieurs (surtout le gauche) de la moelle dorsale avec strie de dégénérescence peu étendue dans le cordon postérieur droit.

L'exsudat de la pie-mère ne contenait ni bacilles tuberculeux ni autres micro-organismes. En somme il s'agit d'un exsudat méningé comprimant les veines antérieures partiellement envahies elles-mêmes par l'inflammation. J. B.

Leçons sur les maladies de la moelle, par Pierre MARIE (*In*-8°, 1892).

Ces leçons contiennent un exposé très complet de chacune des principales maladies de la moelle, mais nous devons nous borner ici faute de place à signaler les parties originales de ce livre.

A propos des dégénérations secondaires, Pierre Marie donne un aperçu général de l'anatomie de la moelle et admet la réalité du faisceau *antéro-latéral ascendant de Gowers* et le décrit en détail; il décrit en outre dans le cordon antérieur des fibres *sulco-marginales ascendantes*, et des fibres *sulco-marginales descendantes;* dans le cordon latéral il admet l'existence d'un *faisceau intermédiaire*, enfin dans le cordon postérieur, en outre du faisceau de Lissauer, des cordons de Goll et de Burdach et des bandelettes externes, il signale un *faisceau en virgule de Schultze* et un faisceau *sulco-commissural.* Une des figures placées dans cette partie du livre reproduit les faisceaux de la moelle tels que les montre d'une part l'anatomie de développement, d'autre part l'étude des dégénérations secondaires, et les deux parties de cette figures sont loin de coïncider. Dans les dégénérations consécutives à l'amputation d'un membre, on trouverait pour certains cas une hyperplasie conjonctive dans des territoires déterminés des cordons postérieurs.

Sous le nom de *tabes dorsal spasmodique*, Pierre Marie veut que l'on entende une affection congénitale, un arrêt de développement survenant le plus souvent chez les enfants nés avant terme; il se refuse à admettre que le tabes dorsal spasmodique puisse être jamais une maladie acquise survenant à une époque quelconque de la vie intra-utérine.

Dans l'étude de la *sclérose en plaques*, l'auteur qui depuis longtemps s'est prononcé en faveur de la nature infectieuse de cette maladie, apporte de nouveaux faits à l'appui de son opinion, notamment plusieurs relations d'épidémies de cette affection; de même dans l'anatomie pathologique de cette maladie, l'auteur relève un certain nombre de faits qui parlent en faveur d'une origine infectieuse.

Le *tabes* est traité avec tous les développements que nécessite la fréquence de cette maladie. Pierre Marie se déclare catégoriquement partisan de la nature syphilitique et en donne de nombreuses preuves. Les troubles de la sensibilité sont exposés d'une façon nouvelle, il en est quelques-uns qui jusqu'à présent n'étaient guère connus et dans cette description sont mis en relief. Quant à l'anatomie pathologique, il s'agissait de lésions systématiques de la moelle provenant d'une dégénération secondaire consécutive à une altération des ganglions spinaux et des

éléments que l'auteur appelle les cellules ganglionnaires périphériques et qui seraient les centres trophiques de fibres nerveuses centripètes. En un mot le tabes ne serait pas une affection de la moelle, du moins quant à l'origine des lésions; c'est par l'intermédiaire des racines postérieures que les lésions extra-médullaires pénètrent dans la moelle; suivant que telles ou telles fibres de ces racines sont les premières altérées les lésions médullaires prennent tel ou tel aspect.

Dans la *maladie de Friedreich* l'altération du faisceau latéral ne devrait probablement pas être considérée comme portant sur les fibres du faisceau pyramidal; Pierre Marie n'admet pas l'existence de la sclérose névroglique pure décrite par Dejerine et Letulle.

Les *scléroses combinées* sont de natures très diverses, les unes sont d'essence systématique, les autres diffuses; l'étude de la disposition des vaisseaux de la moelle permet de comprendre que leur altération puisse amener une sclérose dans le domaine des cordons postérieurs et des cordons latéraux.

La *paralysie infantile* n'est qu'un accident au cours des maladies infectieuses variées, le foyer de poliomyélite se fait par l'intermédiaire des artères radiculaires antérieures ou de l'artère spinale antérieure; cette origine infectieuse permet d'expliquer les cas dans lesquels au bout de 10 et 20 ans, survient une reprise du processus poliomyélitique.

La *sclérose latérale amyotrophique* s'accompagne de lésions non seulement de la substance grise antérieure et du faisceau pyramidal, mais du faisceau intermédiaire du cordon latéral et d'une légère hyperplasie conjonctive dans le faisceau de Goll.

Cet ouvrage traite donc à un point de vue tout nouveau les principales maladies de la moelle. Il contient 244 figures la plupart originales.

Poliomyelitis acuta adultorum, par William C. KRAUSS (*Journ. of nervous and ment. diseases, novembre* 1891).

Homme, qui à l'âge de 38 ans, fut pris de rougeole, et deux ans après d'un accès de fièvre que le médecin considéra comme d'origine malarique; 4 ou 5 jours après cet accès de fièvre, à la suite de violentes douleurs dans la nuque, survint une paralysie des membres et du tronc; cette paralysie n'avait subi qu'une régression très modérée dans l'espace d'un an et plus.

PIERRE MARIE.

Zur Casuistik der Herdeerkrankungen der Brücke... (Sur les lésions en foyer de la protubérance, avec considérations spéciales sur les troubles de la parole, de nature anarthrique, qui s'en suivent), par MARKOWSKI (*Archiv für Psychiatrie, XXII,* 2, *p.* 367).

Une femme de 25 ans est frappée subitement d'une perte de la parole, avec aphasie, annoncée par un vertige. Au bout de quelques jours, elle retrouve l'usage de la parole. Deux semaines après le début des accidents, parésie flasque des muscles innervés par les rameaux inférieurs du facial à droite, et de l'hypoglosse gauche. Au bout de quatre semaines se développe un embarras de la parole, sous forme d'une dysarthrie très prononcée; dysphagie. La malade devient pleurnicharde. Plus tard est survenue une paralysie de la moitié gauche de la langue, de la contracture de la main droite. La parésie faciale s'est améliorée.

La malade a succombé deux ans et demi après le début des accidents à une pneumonie par pénétration de corps étrangers dans les poumons.

A l'autopsie on a trouvé des altérations scléreuses diffuses de la substance cérébrale et des méninges, une sclérose granuleuse de l'épendyme du quatrième ventricule, deux foyers de ramollissement dans la protubérance; l'un situé dans la moitié gauche, s'étendant jusqu'à la ligne médiane sans la dépasser, avait désorganisé presque toute la pyramide gauche. Le second foyer était situé dans la moitié supérieure de la protubérance, à droite de la ligne médiane, et contiguë à celle-ci, il avait détruit le faisceau médian de la pyramide droite. La moitié droite de la protubérance logeait deux autres petits foyers de ramollissement, lenticulaires. Le faisceau pyramidal gauche était le siège d'une dégénérescence descendante, qui se laissait poursuivre jusque dans le cordon latéral de la moelle.

L'auteur s'est attaché à démontrer que les accidents de la première période étaient en rapport avec le foyer gauche, tandis que les troubles dysarthriques de la parole et la dysphagie, venus en seconde date, étaient sous la dépendance du foyer de droite. Donc la moitié gauche de la protubérance pourrait être envahie par un foyer intéressant la pyramide dans toute son épaisseur, sans qu'il en résultât des troubles de la parole, ce qui est contraire aux vues de Wernicke, comme quoi les faisceaux conducteurs qui interviennent dans l'articulation des sons cheminent exclusivement dans la moitié gauche de la protubérance. L'interprétation de Markowski cadre, par contre, avec la théorie de Küssmaul, comme quoi les deux hémisphères président à la fonction du langage, l'hémisphère gauche dans une mesure prépondérante.

D'après l'auteur, un foyer qui intéresse le faisceau pyramidal gauche sur son trajet protubérantiel n'entraîne pas forcément les troubles de la parole, tandis qu'un foyer intéressant à droite la portion médiane et basale de ce même faisceau suffit pour occasionner de l'anarthrie. Donc les faisceaux moteurs de la protubérance, qui sont intéressés à la fonction du langage, doivent être bilatéraux et occuper la portion médiane et dorsale du faisceau pyramidal. De plus, les faisceaux moteurs intéressés à l'acte de la déglutition doivent se confondre avec les précédents.

E. RICKLIN.

Ueber Mitbewegungen und Ersatzbewegungen bei Gelaehmten, par H. SENATOR (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 1, p. 1, et n° 2, p. 32, 4 et 11 janvier 1892).

Chez les hémiplégiques, à côté des mouvements associés (*R. S. M.*, II, 687 ; V, 194 ; XXVII, 158 ; XXIX, 96), on peut observer des mouvements *succédanés* qui se produisent involontairement lorsque les malades veulent exécuter un mouvement qui leur est impossible.

Senator répartit en trois groupes les mouvements involontaires observés dans ces conditions :

1° Ceux qui se font dans des muscles volontairement mobiles, simultanément ou à la place d'autres mouvements voulus. Un malade veut mouvoir sa main paralysée : l'on voit alors la main saine exécuter un mouvement qui est dit associé ou au contraire succédané, suivant que l'impotence du membre paralysé est partielle ou totale.

Dans l'exemple choisi, ce mouvement était symétrique. Il est en revanche asymétrique dans le cas suivant : un hémiplégique veut mouvoir son membre supérieur paralysé ; avec ce mouvement, ou le remplaçant, on voit s'opérer un mouvement involontaire du membre inférieur, généralement correspondant. Ou bien, ce qui est plus fréquent, tandis

que le malade s'efforce de mouvoir le membre paralysé, les muscles de la face se contractent (fermeture des mâchoires, des lèvres, des yeux, projection de la langue, etc.). Ou bien encore ce sont les muscles antagonistes qui entrent en contraction avant ceux du côté paralysé que le malade veut mouvoir, ou en même temps qu'eux.

2° Ceux qui se font dans des muscles n'obéissant plus à la volonté, simultanément ou à la place de mouvements voulus. Les mouvements involontaires sont symétriques quand, l'hémiplégique mouvant son bras sain, le bras paralysé se meut en même temps. Ils sont asymétriques quand le mouvement involontaire se produit dans le membre inférieur paralysé ou dans la moitié paralysée de la face.

3° Ceux qui se font en même temps qu'un autre mouvement *involontaire* ou à sa place ; autrement dit, il s'agit ici, contrairement aux deux groupes précédents, de mouvements *réflexes* associés à d'autres mouvements réflexes. Le type le plus anciennement connu est celui de Ch. Bell : le réflexe respiratoire de l'éternuement, du bâillement, de la toux ou du rire faisant mouvoir un membre complètement paralysé. Il en est de même des réflexes provoqués par des irritations externes. Sous le nom de mouvement succédané reflexe, Senator distingue les contractions qui apparaissent dans le membre inférieur sain lorsque le congénère paralysé reste complètement inerte sous les excitations.

Il n'est pas rare de rencontrer sur le même individu les trois catégories de mouvements involontaires.

On n'a encore donné aucune explication convenant à tous les cas, mais un point sur lequel tout le monde était d'accord, c'est que, quelle que fût l'origine de ces mouvements involontaires, c'était dans le système nerveux central qu'il fallait la chercher.

Or, l'observation de Senator montre que la cause des mouvements associés et succédanés des hémiplégiques peut aussi résider dans le système nerveux périphérique.

Homme de 53 ans ayant fait une chute d'un échafaudage, il y a douze ans, suivie de perte de connaissance et de blessures multiples du crâne pour lesquelles il resta 7 mois en traitement et on lui enleva 37 esquilles. Depuis l'accident, il a toujours éprouvé en avalant une douleur au côté droit de la gorge, correspondant extérieurement au-dessous de l'angle maxillaire ; depuis cette époque aussi, il a des maux de tête. Un an plus tard, attaque apoplectique avec paralysie des membres et de la langue du côté droit, qui subsiste encore en partie.

Etat actuel : cicatrice déprimée, longue de 5 centimètres et douloureuse à la pression au niveau du frontal gauche. Parésie, contracture, exagération des réflexes tendineux, trépidation épileptoïde et hémichorée intense du côté droit. Langue fortement déviée à droite, luette un peu à gauche. Sensibilité un peu diminuée, excitabilité électrique conservée dans les membres paralysés. Absence de troubles trophiques ou vaso-moteurs. Cathétérisme œsophagien négatif.

Ce qu'il y a d'intéressant, c'est que dès que le malade tire sa langue ou qu'on la lui tire, même doucement, le membre supérieur paralysé est pris de mouvements incoercibles. Le coude se fléchit brusquement et la main, l'index étendu tandis que les autres doigts forment le poing, s'élève convulsivement jusqu'au niveau de l'oreille et de la tempe, comme pour le salut militaire. Ce mouvement s'opère avec une telle violence qu'un homme robuste peut à

peine s'y opposer. Le phénomène inverse ne s'observe pas, c'est-à-dire que quand on élève le membre paralysé, la langue demeure immobile.

Il est manifeste qu'il ne s'agit pas ici de mouvements associés sous la dépendance d'une cause primitivement centrale, puisqu'ils se produisent aussi quand c'est un tiers qui attire la langue du malade au dehors de la bouche. L'origine doit en être cherchée dans un tiraillement des nerfs du bras amené par la projection de la langue. Ce qui le prouve, c'est que l'élévation spasmodique du bras peut être déterminée en exerçant une pression un peu forte sur le point douloureux placé au-dessous de l'angle maxillaire droit ou sur le tiers supérieur du bord antérieur du sterno-mastoïdien correspondant; en revanche, la pression reste sans effet au niveau du plexus brachial même.

Senator pense que la douleur localisée qui a succédé à la chute est l'indice d'un traumatisme des nerfs de la région (plexus cervical et peut-être aussi plexus brachial), et il est confirmé dans cette manière de voir par la déviation tout à fait exagérée de la langue, due vraisemblablement à des adhérences des muscles du côté droit, ainsi que par l'existence d'une légère déviation à gauche du larynx. J. B.

Syringomyelia, par VOUGHT (*N. York med. journ., p.* 561, 21 *novembre* 1891).

Homme de 40 ans, non syphilitique, non rhumatisant, un peu buveur, a souffert, deux ans avant l'entrée à l'hôpital, d'une névralgie sus-orbitaire rebelle; six mois plus tard, raideur du bras droit, inhabileté de la main droite; l'engourdissement s'étend progressivement à l'épaule, au cou, à la joue, au thorax. Un jour le sujet se brûle les doigts sans éprouver de douleur. Il tombe et ne peut se relever. Depuis deux mois, exagération des sécrétions nasales et lacrymales. Rien du côté des réservoirs. Vue normale. Frigidité.

On constate l'atrophie des éminences thénar et hypothénar du côté droit, des muscles de l'avant-bras, spécialement vers le bord cubital; atrophie moins prononcée du deltoïde, des pectoraux, des muscles sus-épineux et sous-épineux, du trapèze à droite. Contractions fibrillaires de ces muscles. Atrophie peu marquée des muscles symétriques du côté gauche.

Diminution de la contractilité faradique des mêmes muscles. Réflexe rotulien diminué à gauche. Pupilles égales.

Diminution légère de la sensibilité tactile au niveau du membre supérieur droit, de la face, du cou et du thorax (moitié supérieure) du même côté. Dans les mêmes régions, thermoanesthésie et analgésie.

Sept mois plus tard, extension de la thermoanesthésie au membre supérieur gauche; analgésie incomplète du bras gauche. L. GALLIARD.

Un cas de sclérose en plaques et hystérie associées, avec autopsie, par GRASSET (*Nouveau Montpellier médical, n°* 2, *p.* 227, 1892).

Une malade du service de Grasset présentait les signes classiques d'une sclérose en plaques; au cours du traitement elle fut prise, à la suite d'une émotion, d'une attaque d'hystérie, avec anesthésie et contractures; l'examen révéla alors l'existence de zones hystérogènes, le rétrécissement du champ visuel et l'abolition du réflexe pharyngien. On pouvait se demander dès lors s'il ne s'agissait pas d'un cas d'hystérie simulant la sclérose en plaques. L'autopsie vint trancher la question, la malade ayant succombé à une attaque de grippe à forme bulbaire. Il existait dans la moelle de nombreux îlots de sclérose ainsi que dans la région bulbo-protubérantielle. L'association de la sclérose en plaques avec l'hystérie a été plusieurs fois signalée (Souques,

Oppenheim, etc.), mais l'observation de Grasset est la seule où l'autopsie ait permis d'affirmer cette association. G. LYON.

Acute Ataxie nach Tuberculineinspritzungen, par B. SCHEUBE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 36, *p.* 889, 7 *septembre* 1891).

Femme de 35 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire au début avec fistule articulaire d'un orteil gauche. Mari syphilitique. Sept avortements. Du 15 décembre au 5 février, on lui fait 23 injections de tuberculine. Durant cette médication, elle commence à être moins solide sur ses jambes et tombe plusieurs fois. Le 2 mars, elle accuse de la faiblesse, de la lourdeur dans la jambe gauche avec fourmillements dans le pied correspondant. Démarche incertaine et pied frappant le sol. Ataxie nette mais limitée au membre inférieur gauche. Signe de Romberg. Abolition des réflexes rotuliens. Le 19 mars, l'ataxie avait fait de rapides progrès et envahi, à un degré moindre, la jambe droite. Marche impossible sans aide, par crainte des chutes.

Dès le milieu d'avril, amélioration qui va croissante. A la fin de mai, la jambe droite est redevenue normale, et la gauche n'est plus que faiblement atteinte. Le signe de Romberg a disparu, mais les réflexes rotuliens manquent toujours.

Scheube rejette l'idée d'une ataxie locomotrice syphilitique vu le début aigu et surtout l'évolution favorable. Il admet une polynévrite infectieuse ou toxique, déterminée par la tuberculine, comme on en voit à la suite de la diphtérie, de la variole et de la fièvre typhoïde. J. B.

Un cas de pseudo-tabes post infectieux. Paralysie symétrique post érysipélateuse du tibial antérieur, par GRASSET (*Montpellier Médical*, *n°* 3, *p.* 253, 1892).

A la suite d'un érysipèle, un jeune homme de 20 ans présenta les signes d'une paraplégie, due à une paralysie des extenseurs des membres inférieurs (névrite symétrique du tibial antérieur, et un peu d'une branche du crural). Les névrites sont fort rares à la suite de l'érysipèle; Grasset n'en a relevé que deux cas. G. LYON.

Cas de tabes à début céphalique caractérisé par la lésion des 2, 3, 4, 5e et 6e paires craniennes, par CHABERT (*Progrès médical*, 14 *mai* 1892).

Il s'agit d'une femme de 42 ans, d'une bonne santé habituelle, non syphilitique, quoique ayant eu 8 grossesses, dont 7 suivies par des avortements entre 3 et 5 mois, et la huitième terminée par la naissance d'un enfant venu à terme, et mort à quatre mois hydrocéphale. En avril 1891, début par des douleurs très vives de toute la moitié gauche de la face; elles procédaient par accès d'extrême intensité, de cinq heures du soir à huit heures du matin, avec des rémissions laissant la région indolore. Au bout de trois mois disparition soudaine des douleurs, laissant place à une anesthésie. Au mois d'août, troubles de la motilité de l'œil gauche; le 25 septembre, perte soudaine de la vision de cet œil. En mars 1892, on constatait une paralysie de tous les muscles de l'œil gauche avec exophtalmie de cet œil, et atrophie complète de la pupille qui était blanche et nacrée. L'anesthésie portait sur le tégument et les muqueuses du côté gauche, mais les sens spéciaux, goût, odorat, ouïe, étaient conservés. H. L.

Association du tabes avec le diabète sucré, par GUINON et SOUQUES (*Archiv. de neurol.*, *novembre* 1891, *janvier et mars* 1892).

Par plusieurs exemples, Guinon et Souques montrent d'abord que le

diabète est susceptible d'alterner avec le tabes dans les divers membres d'une même feuille, absolument comme il alterne avec les vésanies et les névroses. Cette alternance est assez fréquente pour qu'on ne puisse l'expliquer que par des liens de parenté entre ces deux affections, et la raison de ces liens de parenté consiste vraisemblablement dans un trouble de la nutrition, trouble commun aux manifestations arthritiques et aux manifestations nerveuses. D'ailleurs on ne voit pas seulement le diabète alterner avec les tabes chez divers membres d'une même famille ; quatre autres observations montrent ici que ces deux entités morbides peuvent s'associer chez un même individu et évoluer pour leur compte personnel. Le point délicat consiste à savoir s'il s'agit d'un pseudo-tabes diabétique ou d'une glycosurie tabétique, ou bien, au contraire, de deux espèces distinctes : tabes et diabète associés chez un même individu. Les signes communs aux deux maladies sont les douleurs fulgurantes, les anesthésies, hyperesthésies, dysesthésies, la perte du réflexe rotulien, les troubles trophiques, le signe de Romberg, la frigidité et l'impuissance. D'autres symptômes permettent de les différencier, ce sont : 1° les crises laryngées, plus fréquentes et caractéristiques dans le tabès ; 2° l'incoordination motrice, qui n'est que la démarche de stepper dans le diabète, contrairement à ce qui se passe dans le tabes ; 3° les troubles vésicaux, qui n'ont rien de commun dans les deux cas ; 4° les troubles oculaires, très nombreux, mais qui n'offrent dans le diabète qu'une analogie superficielle avec ceux du tabes. En somme, pour établir un cas d'association, on peut faire deux hypothèses : A. Il s'agit d'un diabétique avéré avec signes tabétiformes. Si le traitement antidiabétique amende ces signes nerveux en même temps que les symptômes habituels du diabète, on peut affirmer le pseudo-tabes. Dans le cas contraire, on aura des présomptions en faveur du vrai tabes, et l'existence et l'apparition ultérieure de certains signes tabétiques : incoordination spéciale, troubles vésicaux, oculaires, transformeront ces présomptions en certitude. On sera alors en présence d'un véritable tabes associé au diabète sucré. B. Il s'agit d'un tabétique avéré dont les urines contiennent du sucre. Si cette glycosurie s'accompagne d'anesthésie dans le domaine du trijumeau, de fréquence de pouls, de crises laryngées, respiratoires, elle est sous la dépendance de l'ataxie locomotrice progressive. Si, au contraire, ces signes concomitants manquent, il y aura de fortes probabilités en faveur de l'origine diabétique de cette glycosurie, sans parler de l'existence à un moment ou l'autre, des symptômes classiques du diabète sucré. On se trouvera alors en présence du diabète vrai associé au tabes.

DESCOURTIS.

Ueber Laehmungen des Plexus brachialis... (Sur les paralysies du plexus brachial et sur les troubles de la sensibilité qui se montrent dans les cas de paralysie du nerf circonflexe), par E. PAGENSTECHER (*Archiv für Psychiatrie, XXIII*, 3, *p.* 838).

En se basant sur des observations empruntées à différentes sources, dont une inédite, l'auteur trace la symptomatologie des paralysies du plexus brachial et de nerf circonflexe. Dans presque tous les cas de prétendues paralysies du plexus brachial, ce n'est pas ce plexus, mais les racines correspondantes qui étaient lésées. Par suite, la paralysie,

ainsi que le démontre l'auteur au moyen de dessins schématiques, présente le plus souvent une distribution en rapport avec la topographie de ces racines. Dans les cas de paralysie totale, et dans ceux de paralysie de la portion inférieure du plexus, on observe souvent du myosis, du rétrécissement de la fente palpébrale, la rétraction du globe oculaire, beaucoup plus rarement l'affaissement des joues. La paralysie intéresse les petits muscles des mains, puis dans une mesure variable, les muscles de l'avant-bras, surtout les fléchisseurs; quand les racines de la septième paire sont lésées, les muscles radiaux participent à la paralysie; celle-ci s'étend aux muscles du bras droit et de l'épaule lorsque toutes les racines des nerfs du plexus brachial sont altérées. D'autre part, dans les cas de paralysie de la portion inférieure du plexus brachial, on observe presque constamment des troubles de la sensibilité dans la sphère innervée par les rameaux du nerf cubital, du rameau cutané, du musculo-cutané, quelquefois aussi du nerf médian et du nerf radial. Dans la paralysie du plexus brachial supérieur, les manifestations dépendant du grand sympathique manquent habituellement. Ordinairement, toutes les fibres des racines supérieures ne sont pas lésées. Il peut y avoir anesthésie de tout le bras et de tout l'avant-bras; mais en général la sensibilité est conservée dans la sphère innervée par le nerf circonflexe, même quand les muscles correspondants sont paralysés. Il n'est pas invraisemblable que ce nerf tire ses racines sensitives de la cinquième paire, dont le territoire d'innervation motrice est en général respecté. En général, dans les cas de paralysie du plexus brachial supérieur, les troubles de la sensibilité n'occupent pas une grande étendue, contrairement à ce qui a lieu dans les cas de paralysie du plexus brachial intérieur. E. RICKLIN.

Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, d'après l'enseignement de la Salpêtrière, par GILLES DE LA TOURETTE (*Tome I. Paris*, 1891).

L'auteur se base sur les recherches qu'il a faites avec Cathelineau sur les contractions dans l'hystérie pour adopter une classification des symptômes hystériques en deux catégories : 1° hystérie normale ou interparoxystique; 2° hystérie paroxystique. Le tome I, qui vient de paraître, a trait à l'hystérie interparoxystique.

L'auteur reproduisant fidèlement l'enseignement de Charcot, traite tout d'abord de l'historique, dans l'exposé duquel on retrouve l'auteur de Théophraste Renaudot et de Sœur Jeanne des Anges. Puis passant à l'étiologie, il étudie avec soin le rôle des agents provocateurs et de l'hérédité dans la genèse de l'hystérie. A ce propos, il met au point l'état actuel de la question de la névrose traumatique qui n'existe pas en tant qu'entité morbide et doit rentrer pour une bonne part dans l'hystérie.

Puis viennent des chapitres très nourris de faits sur les stigmates permanents : anesthésie, hyperesthésie, zones hystérogènes, sur la diathèse de contracture, l'amyosthésie, les tremblements. Chemin faisant, on trouve des considérations fort importantes sur les arthralgies, l'angine de poitrine, la pseudo-méningite, le mal de Pott, les névralgies faciales d'origine hystérique. Il est bon d'ajouter, qu'à côté de ces descriptions

didactiques, le côté pratique n'est point négligé, l'auteur décrivant avec détails les méthodes d'investigation en usage.

Je signale particulièrement les deux chapitres qui ont trait aux troubles oculaires dans l'hystérie. On y trouvera minutieusement décrites : l'amblyopie hystérique, les modifications du champ visuel, la dyschromatopsie, et traitée à fond — autant qu'elle peut l'être en l'état actuel de la science — la question si difficile des paralysies et des contractures des muscles des yeux dans l'hystérie.

L'ouvrage se termine par un exposé sur la nutrition dans l'hystérie normale ou interparoxystique et par un chapitre fort intéressant sur l'état mental des hystériques, dans lequel, par l'étude de la suggestibilité spéciale à ce genre de maladie, l'auteur donne la clef de la plupart des phénomènes hystériques.

Ce premier volume, illustré de figures dues à Paul Richer, forme un ensemble bien complet. En deux mots c'est l'étude, extrêmement bien faite, des stigmates permanents de la névrose, de ce fonds hystérique qu'il est si important de connaître si l'on veut éviter tous les jours de grossières erreurs de diagnostic. GEORGES GUINON.

Ueber hysterische Pupillen und Accommodation-Lähmung (Paralysie hystérique de la pupille et de l'accommodation guérie par la suggestion hypnotique), par DONATH (*Wiener med. Presse*, 3 *janvier* 1892).

Femme de 26 ans qui présenta dans les premiers mois de 1891, de la dilatation pupillaire d'abord des deux yeux, puis plus tard tantôt d'un œil, tantôt de l'autre. Attaques hystériques, convulsions, maux de tête, suffusions sanguines sous-unguéales. En juillet 1891, on trouve : pupille gauche normale, pupille droite légèrement dilatée, sans réaction à la lumière et à l'accommodation ; plaques d'anesthésie, phénomènes de transfert, etc. Pendant la durée du traitement par la suggestion, on note des troubles de la sensibilité fugace dans diverses parties du corps et assez tenaces au cuir chevelu, au visage, au cou ; paralysie pupillaire tantôt à gauche, tantôt à droite; rétrécissement du champ visuel d'autant plus prononcé que la paralysie du sphincter irien et du muscle ciliaire était plus complète. L'observateur croit à une paralysie hystérique. CART.

Mutisme hystérique avec agraphie, par R. LÉPINE (*Revue de médecine*, *octobre* 1891).

Homme de 40 ans, attaques d'hystérie, hémiplégie gauche incomplète antérieure ayant guéri en quelques jours, plusieurs accès de mutisme de quelques heures de durée. Au mois de septembre 1891, crise hystérique, mutisme, mais conservation de l'écriture. Le malade recouvre la parole pendant deux jours, réapparition du mutisme cette fois avec *agraphie*, très légère hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle. Guérison brusque au bout de vingt-quatre heures de séjour à l'hôpital.

Lépine publie cette observation à cause de l'extrême rareté de l'agraphie au cours du mutisme hystérique. C. GIRAUDEAU.

Hystérie chez un saturnin. Hémiplégie droite incomplète. Hémispasme facial, par RENDU (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 *décembre* 1891).

Un homme de 52 ans, ayant eu des convulsions dans son enfance, a eu une hémiplégie droite complète sans aphasie, ni hémianesthésie, à la suite d'une

attaque d'apoplexie; deux ans après hémiplégie incomplète à droite survenue pendant le sommeil, s'accompagnant d'hémianesthésie sensitive et sensorielle. En outre, il a un hémispasme facial complet. L'œil droit est à moitié ouvert, l'orbiculaire est agité par de petites contractions fibrillaires; la joue est aplatie, le pli nasogénien exagéré; la bouche est déviée à droite et en haut, au début, la langue avait été déviée à gauche. Les troubles fonctionnels sont très accusés. H. L.

Ipertermia ed ipotermia in un caso d'isterismo con annotazione sulla nutrizione delle isteriche, par R. VIZIOLI (*Annali di Nevrologia, fasc. V-VI*, 1891).

L'hyperthermie, ou fièvre hystérique, représente l'équivalent thermique de l'état de mal hystérique ; c'est la forme thermogène de l'hystérie comme le délire hystérique en est la forme mentale et les attaques convulsives la forme motrice. L'auteur rapporte un cas dans lequel la température oscillait entre 34°,4 et 45°. L'hyperthermie peut ne pas influer du tout sur les échanges organiques, qui peuvent même subir un ralentissement marqué comme celui qu'on voit dans toutes les autres manifestations de l'état du mal hystérique. En raison de ce paradoxe, l'examen des urines, en montrant leur faible teneur en éléments solides, peut éclairer le diagnostic dans les cas de fièvre dont la nature n'est pas déterminée ; cet examen est très utile pour différencier les convulsions hystériques des convulsions épileptiques, en particulier dans les cas de simulation. GEORGES THIBIERGE.

Sur un cas de paralysie alterne hystérique simulant le syndrôme de Millard-Gubler, par G. TOURNANT (*Thèse de Paris, n°* 122, 1892).

Le syndrôme de Millard-Gubler est, comme on sait, caractérisé par une paralysie faciale totale d'un côté et par une paralysie des membres du côté opposé du corps, et il est causé par une lésion bulbo-protubérantielle.

Dans l'observation qui est la base de cette thèse, il s'agit d'un homme de 34 ans, hystérique, qui présentait une monoplégie brachiale gauche et une paralysie de la face du côté opposé. L'auteur, partant de ce fait, présente un certain nombre de considérations sur la paralysie faciale des hystériques et l'hémispasme glosso-labié, ainsi que sur les monoplégies brachiales de même nature. PIERRE MARIE.

Sur trois cas de paralysies périphériques chez des sujets hystériques, par BRISSAUD et LAMY (*Arch. de méd., août et septembre* 1891).

Observations de trois malades ayant présenté, sous l'influence de causes provocatrices variables, des paralysies limitées à des territoires de nerfs périphériques et ayant simulé de tous points des paralysies par névrites périphériques. Ces malades étaient hystériques.

Les auteurs concluent qu'à côté des paralysies hystériques limitées aux membres ou aux segments de membres, il existe des paralysies hystériques, localisées au domaine des nerfs périphériques ou à des groupes fonctionnels de muscles, c'est-à-dire dans les régions anatomiques proprement dites. RICHARDIÈRE.

On the simulation of hysteria by organic disease of the nervous system, par Thomas BUZZARD (*In-8°, Londres*, 1891).

C'est le discours présidentiel prononcé par T. Buzzard à la Société de neurologie de Londres avec quelques additions, sous forme de volume. L'auteur touche un grand nombre de points, donnant de multiples exemples de ce qu'il avance ; il reste constamment sur le terrain clinique.

La première partie du volume est surtout consacrée à différentes modalités de paraplégie hystérique. Puis vient l'étude des analogies de la sclérose en plaques avec l'hystérie ; résultats fournis par l'examen du champ visuel dans ces deux maladies ; exemples dans lesquels la sclérose en plaques avait été méconnue, tandis qu'on incriminait l'hystérie.

PIERRE MARIE.

De la forme narcoleptique de l'attaque de sommeil hystérique (pseudo-narcolepsie hystérique), par PARMENTIER (*Arch. de méd., novembre et décembre* 1891).

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

A côté de la forme commune et de la grande forme léthargique de sommeil hystérique, il en existe une autre qui, par ses analogies avec la maladie du sommeil, mérite le nom de forme narcoleptique.

Il existe entre cette forme et la forme commune tous les intermédiaires.

Les manifestations nerveuses antérieures et actuelles de nature hystérique, les caractères de la crise de sommeil permettent de la distinguer aisément de l'épilepsie, de la narcolepsie et des sommeils propres à certaines formes de la névrose hypnotique. RICHARDIÈRE.

Contraction faciale bilatérale hystérique, par C. DELPRAT (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, n° 1, p.* 38, 1892).

Delprat a observé chez une hystérique la contracture bilatérale des muscles de la face innervés par le facial inférieur (élévateur commun de la lèvre supérieure et de l'aile du nez, grand zygomatique, etc.).

Jusqu'à présent on ne connaissait que l'hémispasme glosso-labié hystérique, décrit par Charcot. G. LYON.

Ueber hysterisches Fieber, par SARBO (*Archiv für Psychiatrie, XXIII*, 2, *p.* 496).

Après un exposé historique très détaillé de la question, l'auteur pose en fait qu'il existe dans le système nerveux central des territoires spéciaux qui président à la régularisation de la chaleur animale. Tout mouvement fébrile est en rapport avec une excitation de ces centres, et quand cette excitation se produit sans altération organique concomitante, la fièvre qui en résulte doit être qualifiée de nerveuse. Les élévations de température interne qu'on observe chez les hystériques doivent être rapportées à cette forme de fièvre. Elles revêtent des types variables. Elles sont indépendantes des manifestations convulsives. Elles s'observent aussi bien dans les cas d'hystérie simple que dans les cas d'hystéro-épilepsie.

Suivent des considérations sur l'étiologie et le diagnostic de la fièvre hystérique. E. RICKLIN.

Die objectiven Zeichen der Neurasthenie (Signes objectifs de la neurasthénie), par LOEWENFELD (*Münch. med. Woch.*, nos 50, 51 *et* 52, 1891).

L'auteur conseille de chercher dans la neurasthénie les signes objectifs suivants. La nutrition générale peut être intacte à moins qu'il n'y ait dyspepsie. Les téguments du visage et du thorax rougissent à la moindre émotion, souvent il existe une injection de l'oreille et de la joue. Le rétrécissement du champ visuel est exceptionnel; il excite une mobilité excessive des pupilles, qui se rétrécissent et s'élargissent non seulement par les excitants ordinaires, mais peut-être aussi par suite d'excitations psychiques, l'inégalité pupillaire, notée quelquefois, est ordinairement transitoire. Les phénomènes musculaires sont complexes; impossibilité de clore complètement les paupières dans la recherche du signe de Romberg, faiblesse des mouvements de convergence des yeux, insuffisance motrice des muscles des membres, secousses fibrillaires. Les signes sensitifs ne peuvent être considérés comme des symptômes objectifs. Les réflexes sont souvent exagérés, l'absence du phénomène du genou n'appartient pas à la neurasthénie pure. L'excitabilité nerveuse est exagérée, principalement celle du nerf optique, où des oscillations de moins de 1/10 M. A. déterminent des visions lumineuses. Enfin, il faut signaler la névrose électrique, pour laquelle il admet l'explication de Féré. Les troubles de la voix, de la parole, de l'écriture dépendent de la diminution de résistance des muscles à la fatigue. Dans le système circulatoire, on peut distinguer deux formes de réaction du cœur : excitation ou paralysie ; mais les personnes qui se plaignent le plus de leur cœur ne sont pas celles où on peut le plus aisément y constater des troubles. Par suite de la diminution de tonalité vasculaire, on peut constater un allongement des artères, qui prennent des formes serpentines. Presque toujours la force motrice de l'estomac est diminuée et l'acidité est anormale (en plus ou en moins). Les éructations, la constipation et la diarrhée nerveuse complètent les signes de dyspepsie. Les hyperhidroses générales sont fréquentes, ou bien il n'en existe qu'aux pieds et aux mains, notons aussi la sueur de la tête pendant le sommeil. La sécrétion urinaire est presque toujours modifiée, filament de mucus, spermatorrhée, polyurie, phosphaturie (très variable) et oxalurie. C. LUZET.

Klinische Beiträge zur Paralysis Agitans... (Contribution clinique à l'étude de la paralysie agitante avec considération spéciale sur la composition de l'urine), par J. LEVA (*Deutsche Zeitschft f. Nervenheilk.*, *II*, 1, *p.* 75).

Après l'exposé des différents travaux publiés (surtout en France) sur la composition de l'urine dans la paralysie agitante, l'auteur donne les résultats des examens qu'il a pratiqués sur plusieurs malades du service de Eichhorst. Il a eu soin de comparer ces résultats à ceux que l'on obtient chez des individus du même âge et également en état de marasme. Ses conclusions sont que les urines des malades atteints de paralysie agitante ne présentent rien d'anormal ; les désordres musculaires souvent

si marqués dans cette affection ne détermineraient donc aucun trouble appréciable dans les échanges nutritifs de ces individus.

A ces résultats de l'examen des urines, Leva joint les observations de ses malades et quelques considérations sur l'étiologie et la symptomatologie, notamment sur une élévation modérée, mais très appréciable de la température périphérique. Qu'il me soit permis de faire remarquer que l'auteur ne parle pas de la fréquence du pouls chez ses malades, j'ai en 1885 (*Progrès Médical*) montré par une statistique assez fournie, que dans la paralysie agitante cette fréquence existait souvent.

PIERRE MARIE.

Hypnotisme, suggestion, psychothérapie. Études nouvelles, par BERNHEIM (*In*-8°. *Paris*, 1891).

Ce livre se compose de 10 leçons, dans lesquelles l'auteur passe en revue la plupart des questions ayant trait à l'hypnotisme et à la psycho-thérapie. — La partie historique par laquelle commence le volume est traitée avec grands détails, depuis la médecine sacerdotale des Égyptiens jusqu'à la période actuelle, que l'auteur considère comme marquant la fin de la médecine superstitieuse (?). — Puis vient l'exposé des opinions de l'auteur sur la suggestion considérée au point de vue thérapeutique.

Principaux modes d'application : sommeil naturel, foi religieuse, agents divers de la thérapeutique usuelle, hypnotisme. — Historique de l'hypnotisme, procédés employés chez les anciens et actuellement encore par certaines peuplades; les procédés importent peu, car tout est dans la suggestion. — Etude des phénomènes hypnotiques ; la classification proposée par l'auteur est la suivante :

1re *classe. — Souvenir conservé au réveil;* 1er degré : torpeur, somnolence, sensations diverses ; 2e degré : impossibilité d'ouvrir les yeux spontanément ; 3e degré : catalepsie suggestive avec possibilité de la rompre; 4e degré : catalepsie irrésistible avec impossibilité pour le sujet de la rompre ; 5e degré : contracture involontaire suggestive ; 6e degré: obéissance automatique.

2e *classe.— Amnésie au réveil;* 7e degré : amnésie au réveil ; absence d'hallucinabilité ; 8e degré : hallucinabilité pendant le sommeil ; 9e degré : hallucinabilité pendant le sommeil et post-hypnotique.

La huitième leçon est consacrée aux suggestions criminelles. La neuvième traite des relations de l'hypnotisme avec l'hystérie. La dernière leçon est réservée à la thérapeutique suggestive.

Une centaine d'observations ayant trait à l'action curative de la suggestion sur les maladies les plus diverses forment la seconde partie de ce volume.

PIERRE MARIE.

Acromegaly in a negress, par A. BERKLEY (*John Hopkins Hospital Bulletin, septembre* 1891).

Négresse âgée de 60 ans, entrée dans un asile d'aliénés pour du délire de persécution. Crâne dolichocéphale, régulier, sans accroissement de la boîte osseuse, ni épaississement des os; oreilles bien conformées ; nez épais, large et volumineux. Os malaires très proéminents : joues épaissies et hypertrophiées. Tête inclinée sur la poitrine; scoliose prononcée de la colonne verté-

brale. Les mains sont énormes, plus larges que longues, les doigts épais, les ongles larges et courts, la peau de la main éléphantiasique. Pas de déformation des os longs. Aux pieds, hypertrophie des os du tarse et des phalanges, sans accroissement de volume de l'astragale ni du calcanéum.

H. R.

Contribution à l'étude anatomique et clinique de l'acromégalie, et en particulier d'une forme amyotrophique de cette maladie, par DUCHESNEAU (*Thèse de Lyon, décembre* 1891).

Cette thèse importante comprend un exposé de la question depuis son origine et l'analyse des cas publiés depuis la thèse de Souza-Leite; en outre elle contient une observation originale très intéressante avec autopsie. S'appuyant sur cette observation, l'auteur appelle particulièrement l'attention sur l'amyotrophie qui se montre quelquefois dans cette affection, et indique les caractères de cet épiphénomène; la cause en devrait être recherchée dans la compression des nerfs rachidiens dans les trous de conjugaison lorsque les lésions osseuses rachidiennes sont très marquées; « l'altération des muscles joue, quand elle existe, un certain rôle dans les déformations observées; la dégénérescence des muscles abdominaux détermine, quand elle est complète, l'entéroptose et la néphroptose. La corrélation entre l'inertie des parois du ventre et la mobilisation des organes abdominaux, en particulier des reins, es alors évidente et justifie les vues de Glénard à la façon d'une véritable expérience ». L'étude anatomo-pathologique de ce cas a été faite avec grand soin sous la direction de Renaut; il faut signaler la remarque faite par celui-ci que chez les acromégaliques les os qui subissent des modifications sont des os à moelle rouge; les altérations osseuses consisteraient surtout dans une résorption lente du tissu compact par la moelle du tissu spongieux; à ces lésions il conviendrait de rapporter des crises de phosphaturie signalées par Duchesneau dans sa description urologique qui contient des documents tout à fait inédits.

PIERRE MARIE.

Della distrofia muscolare progressiva, par A. ROVIGHI et V. LEVI (*Rivista sper. di Freniatria, XVII*, 4, *p.* 492).

Il s'agit de 3 cas de myopathie progressive primitive observés dans la même famille. S'appuyant sur l'existence de crampes très vives des mollets et des membres inférieurs dans ces cas, l'auteur se demande s'il n'y aurait pas des relations directes entre la myopathie progressive primitive et la maladie de Thomsen, qui, elle aussi, est une affection musculaire présentant très nettement le caractère héréditaire.

PIERRE MARIE.

Ueber einen Fall von spinaler progressiver Muskelatrophie (Sur un cas d'atrophie musculaire progressive spinale, avec altérations de noyaux bulbaires et de l'écorce), par D. ALZHEIMER (*Archiv für Psychiatrie, XXIII*, 2, *p.* 459).

Homme de 33 ans, sans antécédents héréditaires pathologiques. En 1879, atrophie des muscles de l'éminence thénar gauche; en 1881, infection syphilitique; à la fin de 1889, crises gastralgiques et vomissements; en février 1890, démence aiguë à forme délirante. Au moment de l'entrée du malade à l'asile de Francfort, on constatait chez lui une atrophie des muscles des deux bras

et des épaules, avec tremblements fibrillaires ; pas de troubles de la sensibilité; pas de phénomènes spasmodiques. Folie grave à forme délirante. Le malade a succombé peu de temps après. A l'autopsie on a trouvé des épaississements de la pie-mère et des vaisseaux cérébraux, de l'épendymite, une atrophie des cornes antérieures de la moelle, des nerfs du plexus brachial, des muscles des membres supérieurs, des épaules et du diaphragme. Carcinome du foie, tuméfaction de la rate et des ganglions lymphatiques. L'examen histologique a fait constater une atrophie simple des colonnes grises de la moelle, une légère sclérose du faisceau restant des cordons antérieurs, une hypertrophie d'un certain nombre de fibres des muscles atrophiés, des altérations graves des vaisseaux du plancher du 4e ventricule, dégénérescence des cellules ganglionnaires des noyaux d'origine des cordons postérieurs, du nerf vague, de l'acoustique, du champ de Meynert, des ganglions centraux. Altérations diffuses des cellules ganglionnaires de l'écorce grise.

Discutant les relations qui existaient entre ces différentes lésions, et les manifestations observées du vivant du malade, l'auteur conclut qu'il y avait, en somme, en jeu :

1° Un cas type d'atrophie musculaire progressive spinale (myélopathique);

2° Une dégénérescence de plusieurs noyaux bulbaires, qui ne ressemblait pas à celle que l'on trouve habituellement dans les cas de paralysie bulbaire, dégénérescence qui dépendait peut-être d'altérations syphilitiques des vaisseaux de la base ;

3° Une altération diffuse des cellules de l'écorce grise, sans altérations des vaisseaux, et sans analogie avec ce que l'on trouve dans les cas de paralysie générale progressive. E. RICKLIN.

Ueber anatomische Befunde bei sog. kongenitalen Muskeldefekten (Lésions locales des absences congénitales de muscles), par DAMSCH (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 28, *Beilage*, *p.* 82, 1891).

Erb a soulevé la question de savoir si, pour une partie au moins des anomalies musculaires dites congénitales, il ne s'agirait pas d'une forme rudimentaire de l'atrophie musculaire progressive, dans laquelle l'affection n'aurait atteint d'abord qu'un à deux muscles et ensuite serait devenue stationnaire. Damsch relate deux observations qu'il croit favorables à la solution affirmative à la question posée par Erb.

1° Homme de 32 ans, ayant dès sa plus tendre enfance une absence partielle du grand pectoral droit, dans sa portion sterno-claviculaire ainsi que du trapèze du même côté, avec hypertrophie considérable de la portion claviculaire du grand pectoral. Mort par affection cardiaque compliquée de pneumonie. L'autopsie révèle les lésions musculaires suivantes :

L'épaisseur du trapèze est très amoindrie ; les fibres ont la couleur grise de la chair de poisson ; la couche profonde de la portion claviculaire du grand pectoral offre le même aspect, tandis que la couche superficielle est transformée en un tissu fibreux résistant.

L'examen microscopique montra des altérations correspondant exactement à celles de la dystrophie musculaire progressive : à côté d'une hypertrophie notable de quelques fibres, atrophie des autres, à divers degrés, jusqu'à remplacement du tissu musculaire par du tissu adipeux ; striation transversale manquant, striation longitudinale conservée au niveau des fibres atrophiques, vacuoles; par places travées d'un tissu conjonctif riche en noyaux,

faisceaux musculaires étranglés. Au niveau de la moelle cervicale, dégénération du cordon de Burdach gauche ainsi que des cordons antérieurs des pyramides surtout à droite.

2° Homme excessivement robuste de 47 ans, ayant des absences partielles presque symétriques des muscles suivants : grand pectoral avec conservation de la portion claviculaire, trapèze, sterno-mastoïdien, grand dorsal, rhomboïde, sus et sous-épineux, long dorsal; d'autre part il y a hypertrophie considérable des deux deltoïdes, grands ronds, angulaires des omoplates, grands dentelés antérieur et des portions restantes des grands pectoraux.

Se fondant tant sur les lésions histologiques du premier cas que sur l'étendue des manques de muscles dans le second, Damsch se croit autorisé à regarder l'un et l'autre comme appartenant à l'atrophie musculaire progressive, d'autant plus que les muscles absents chez le second malade sont précisément ceux qui sont les sièges de prédilection. J. B.

Thomsen's disease, par L. DANA (*N. York neurol. Soc.*, 5 *janvier* 1892).

Homme de 33 ans n'ayant pas d'antécédents héréditaires. Le premier symptôme, l'affaiblissement musculaire, s'est manifesté à l'âge de 17 ans. Puis le malade a remarqué qu'ayant fermé les poings il n'avait plus la faculté, pendant un temps déterminé, de les ouvrir. Les progrès de l'affection ont été tels qu'actuellement les cuisses et les bras sont seuls épargnés. La myotonie est spécialement accentuée aux avant-bras et aux jambes. Pas de contractions des piliers du voile du palais. Pas de désordre sensitif. Réflexes à peu près abolis. Légère augmentation de l'excitabilité galvanique, mais non de la faradique.

L'auteur envisage la maladie de Thomsen comme une affection des muscles eux-mêmes; il n'admet pas d'influence réflexe. L. GALLIARD.

Chorea chronica hereditaria, par SCHLESINGER (*Zeitschrift für klin. Medicin*, *XX*, *p.* 127, 1892).

La chorée chronique héréditaire n'apparaît en général qu'à un âge déjà avancé 38, 50, 70 ans même. Des observations de Hoffmann et Huet montrent pourtant que quelques membres des familles atteintes sont parfois frappés à un âge beaucoup plus jeune.

En général, la maladie se transmet d'une génération à la génération suivante. Plus rarement elle saute une génération. Parfois l'hérédité nerveuse semble se manifester non sous forme de chorée, mais sous forme d'hystérie grave.

La marche de l'affection est progressive et le pronostic est des plus sérieux. Dans un cas le traitement par l'arsenic a donné de bons résultats. Mais dans tous les autres ce traitement a échoué, alors même qu'il avait été institué de bonne heure et était prolongé longtemps. A. F. PLICQUE.

Hémorragie d'origine nerveuse apparaissant spontanément dans des parties homologues des deux côtés du corps, par BROWN-SÉQUARD (*Archives de physiologie*, *p.* 389, 1892).

Apparition de deux ecchymoses symétriques à la face externe du troisième orteil des deux pieds. Ce fait est rapproché d'un autre analogue observé par le même auteur, en 1861. L'un et l'autre se rattachent aux observations antérieures (1851) de B.-S., montrant qu'une irritation des centres nerveux peut produire une hémorragie (section transversale du corps restiforme, lésion de la moelle.) DASTRE.

Delle cause del sintoma di Græfe nel morbo di Basedow, par L. FERRI (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, p. 173, *février* 1892).

Le muscle de Müller est étranger à la production du symptôme de de Græfe, qui dépend du muscle élévateur de la paupière supérieure ; ce muscle subit simplement un raccourcissement mécanique résultant de l'augmentation de volume de ses vaisseaux et indépendant de toute contraction d'origine nerveuse. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die Basedow'sche Krankheit (Sur la maladie de Basedow), par P.-J. MÖBIUS (*Deutsche Zeitschft f. Nervenheilk.*, *I*, *p.* 400).

Dans cette excellente Revue générale sur les travaux récents consacrés à la maladie de Basedow, Möbius émet sur différents points des idées ou des faits nouveaux : page 423, observation résumée d'un cas inédit d'association du tabes avec la maladie de Basedow ; les symptômes cardiaques et thyroïdiens semblent avoir ouvert la scène ou du moins avoir les premiers attiré l'attention du malade ; syphilis antérieure.

Page 428, Möbius appelle tout particulièrement l'attention sur l'augmentation de volume du thymus dans la maladie de Basedow et signale, outre une observation personnelle, 5 autres observations empruntées à différents auteurs.

Page 430, parlant du traitement, il considère la digitale non seulement comme inutile, mais encore comme nuisible, sauf dans le cas où, indépendamment de la maladie de Basedow, il existe une affection cardiaque.

Enfin dans les dernières pages consacrées à discuter la nature de la maladie de Basedow, Möbius émet les conclusions suivantes : il est probable que la cause la plus proche de la maladie de Basedow est une activité morbidement exagérée de la glande thyroïde ; cette opinion s'appuie : *a*) sur l'analogie et aussi les contrastes qui existent entre la maladie de Basedow et les autres formes pathologiques qui reposent sur un défaut de l'activité de la glande thyroïde ; *b*) sur ce fait que différents cas de goitre présentent un nombre plus ou moins grand de symptômes de la maladie de Basedow ; *c*) sur ce que le traitement opératoire du goitre, dans la maladie de Basedow, amène dans certaines conditions une amélioration très notable des symptômes. Quant à la cause de l'altération primordiale de la glande thyroïde, nous n'en savons rien. Les inductions au point de vue de la pathogénie générale conduisent, aussi bien pour la maladie de Basedow que pour le myxœdème, à soupçonner une action toxique. PIERRE MARIE.

Recherches sur l'insuffisance des valvules de l'artère pulmonaire, par BARIÉ (*Archiv. gén. de méd., juin, juillet et août* 1891).

L'insuffisance des valvules de l'artère pulmonaire peut être due à des lésions congénitales (variations dans le nombre des valvules, malformations valvulaires). Le plus souvent elle est due à l'endocardite valvulaire, tantôt proliférante, tantôt ulcéreuse et donnant lieu à l'anévrysme valvulaire ou à la rupture des valvules.

L'insuffisance de l'artère pulmonaire peut être pure ; le plus souvent,

elle est accompagnée d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire ou d'une dilatation de l'artère.

Les lésions du cœur qui accompagnent l'insuffisance de l'artère pulmonaire, sont : la dilatation avec hypertrophie du ventricule droit et même de l'oreillette. Parmi les lésions associées, on note : les altérations de la valvule tricuspide; les altérations de la mitrale, etc., etc.

Les symptômes sont variables. La marche est assez souvent latente et rapide.

Les signes physiques sont : l'augmentation de volume des cavités du cœur droit; la régurgitation sanguine dans les jugulaires; le bruit de souffle diastolique, dont le siège maximum se trouve le long du bord gauche du sternum, dans le deuxième espace intercostal.

Les signes fonctionnels sont les signes ordinaires de toutes les cardiopathies. Ce sont la dyspnée, les palpitations, la toux, en un mot, les troubles fonctionnels liés à une gêne profonde de la petite circulation.

La maladie s'observe à tous les âges de la vie. Elle est assez souvent congénitale. Acquise, elle est due au rhumatisme, à la puerpéralité, à l'athérome. RICHARDIÈRE.

Sur l'endocardite tuberculeuse, par G. LION (*France méd.*, n° 2, *p.* 18, 1892).

L'endocardite tuberculeuse est généralement trop peu considérable pour se traduire pendant la vie par des signes stéthoscopiques, mais elle n'est pas rare, surtout dans les cas de tuberculose à marche rapide. Elle porte surtout sur la valvule mitrale et prend soit la forme de végétations situées à la face auriculaire, un peu au-dessus de l'attache des cordages tendineux, soit simplement celle de quelques granulations disséminées. Les ulcérations à pic ou les végétations en chou-fleur sont rares.

Il est exceptionnel de trouver des follicules tuberculeux. Les bacilles tuberculeux ont été vus dans nombre de cas, mais non d'une manière constante. Certaines endocardites des tuberculeux paraissent dues à des infections secondaires. LEFLAIVE.

Ulcerative endocarditis of pulmonary valve, par CHAPLIN (*Brit. med. J.*, *p.* 174, 23 *janvier* 1892).

Fille de 18 ans, oppressée et anémique. On entend à la pointe du cœur un souffle systolique propagé à l'aisselle. Dans la région de l'artère pulmonaire existe un souffle systolique intense, suivi d'un souffle diastolique doux, se propageant à droite du sternum. Poumons sains.

Le 25 août, symptômes fébriles et frissons. Cinq jours plus tard, on constate l'accroissement de volume de la rate. Le 23 septembre, éruption de purpura, qui disparaît au bout de quelques jours. Le 14 octobre, hémoptysie et râles crépitants à la base des deux poumons. Mort le 11 novembre.

A l'autopsie, l'artère pulmonnaire est obstruée par une volumineuse végétation adhérente aux valvules sigmoïdes. Pareilles végétations, mais beaucoup moins considérables, se voient sur les valvules mitrale et aortique. Pas d'infarctus spléniques ni rénaux.

Charlwood Turner cite un cas analogue chez un enfant de 11 ans. H. R.

Tachycardia, par BUCKLAND (*Brit. med. J.*, *p.* 1312, 19 *décembre* 1891).

Une jeune fille de 11 ans, sujette aux palpitations, contracte la rougeole.

Le 4e jour de cette affection, elle est prise brusquement d'une tachycardie paroxystique telle, que le cœur bat 215 fois par minute ; au bout de 8 heures, la crise cesse et les pulsations retombent à 80. Quinze jours plus tard, nouveau paroxysme, durant cette fois 10 jours, avec un pouls à 220; pendant toute cette période, les battements du cœur, quoique petits et faibles, s'entendent bien et ne s'accompagnent pas de souffle; la matité reste physiologique, la dyspnée médiocre (27 respirations). Pas de douleurs, mais de l'angoisse et de l'insomnie; hyperesthésie et dilatation pupillaire. Insuccès des traitements par les stimulants du cœur et les toniques, non plus que par les courants continus.

Maclagan et Pye Smith ont vu des cas de ce genre, avec inefficacité de la digitale : Bristowe s'est au contraire loué de ce médicament, et surtout de l'arsenic. Percy Kidd a vu l'association de la glycosurie et de la tachycardie. H. R.

Ueber Tachykardie zur Zeit der Menopause (De la tachycardie de la ménopause), par KISCH (*Intern. klin. Rundschau*, n° 9, 1891).

On voit parfois à l'époque de la ménopause se développer tous les symptômes de la tachycardie paroxystique chez des femmes robustes, nullement anémiques, qui jusque-là n'avaient présenté aucun accident cardiaque. Ces troubles sont liés à l'hyperplasie du stroma ovarien qui survient à cette époque de la vie, et à l'irritation consécutive des filets nerveux. Ils s'accompagnent souvent d'agitation physique et morale. Les purgatifs doux ont une influence très favorable en pareil cas. LEFLAIVE.

Des tachycardies, par LACERNA (*Thèse de Paris*, 1891).

Les tachycardies, qu'elles soient symptomatiques ou essentielles, peuvent être d'origine cardiaque (lésion matérielle du cœur, abaissement de la pression sanguine) ou d'origine nerveuse. Dans ce dernier cas, le plus fréquent, elles sont directes ou réflexes. Les tachycardies directes, dues à la paralysie du système modérateur (centres nerveux, pneumogastrique) reproduisent le tableau symptomatique de la section des pneumogastriques et sont d'un pronostic grave. Les tachycardies réflexes semblent produites par une excitation du sympathique et ont un pronostic bénin. A l'inverse des précédentes, elles retentissent peu sur le cœur (peu ou pas de dilatation) et sur la grande circulation; elles ne s'accompagnent guère de troubles pulmonaires, laryngés et gastriques, mais plutôt de troubles périphériques vaso-moteurs, tels que refroidissement des extrémités, pâleur ou rougeur de la peau, dilatation de la pupille. LEFLAIVE.

La dyspnée cardiaque, par TOURNIER (*Thèse de Paris*, 1892).

Dans ce travail inspiré par Huchard, Tournier donne d'abord une description clinique des diverses formes de dyspnée chez les cardiaques, type accidentel, continu, paroxystique ou mixte, et les étudie dans les cardiopathies tant valvulaires qu'artérielles, et il montre l'importance des lésions pulmonaires qui rétrécissent le champ respiratoire, et jouent un grand rôle dans la manifestation des crises dyspnéiques.

Il passe ensuite en revue les théories pathogéniques, et admet trois éléments prédominants. Tantôt la dyspnée est mécanique et sa cause

seconde réside soit dans une lésion des poumons, soit dans une affection du foie, soit dans le cœur lui-même, dont les cavités dilatées et parésiées sont insuffisantes à s'alléger du sang qui les remplit.

Tantôt la dyspnée est d'origine nerveuse, et peut dépendre de troubles des centres nerveux ou des nerfs périphériques.

Tantôt enfin elle est toxique, et due à l'élimination incomplète par les reins des toxines de l'économie et surtout des toxines introduites par l'alimentation.

Dans une série d'expériences, Tournier a constaté que la toxicité de l'urine était diminuée chez les artério-cardiopathes.

Dans certains cas l'insuffisance hépatique se combine à l'insuffisance rénale pour réaliser l'état toxhémique qui conduit à la dyspnée.

De là découlent des indications thérapeutiques. En cas de dyspnée mécanique, le repos, la digitale, parfois la saignée. Dans la dyspnée nerveuse, les injections de morphine. Dans la dyspnée toxique, l'alimentation exclusive avec le régime lacté, en y ajoutant pancréatine, ou benzonaphtol, ou magnésie, etc.

Les accès de pseudo-asthme se combattront avec oxygène, chloroforme, morphine, iodure d'amyle, etc. H. L.

Bradycardie, par DEHIO (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 1, *p.* 19, 4 *janvier* 1892).

Le ralentissement des battements cardiaques, connu sous le nom de bradycardie, peut tenir soit à un état d'excitabilité anormale des fibres modératrices du pneunogastrique et de son centre bulbaire, soit à des troubles fonctionnels des centres moteurs placés dans le cœur même.

En clinique, on peut distinguer ces deux formes de bradycardie. En effet, on fait cesser, pour un temps, la première par des injections sous-cutanées d'atropine, cet alcaloïde ayant la vertu de paralyser les extrémités cardiaques du pneumogastrique, tandis qu'il est sans action sur les centres cardiaques automoteurs.

L'accélération du pouls produite normalement par l'atropine manque aussi chez les individus âgés et chez beaucoup de cardiaques, notamment chez ceux qui ont une lésion des valvules aortiques et une hypertrophie considérable du ventricule gauche.

Dehio en conclut que le cœur sénile et fréquemment aussi le cœur malade présentent des altérations des centres automoteurs, analogues à celles qui occasionnent la bradycardie quand elles sont très développées. (*R. S. M.*, XXXII, 117; XXXIII, 510; XXXVI, 535 et XXXVII, 513.) J. B.

Hemorrhagic pericarditis, par T. CHURTON (*Brit. med. J.*, *p.* 1098, 21 *novembre* 1891).

Homme de 46 ans atteint de péricardite depuis sept semaines. On lui fait successivement la ponction du péricarde en trois points différents, qui tous donnent de la sérosité sanguinolente. Treize ponctions sont ainsi pratiquées sur le péricarde, et sept sur la plèvre, en deux mois, avec amélioration très passagère chaque fois. Le malade, très affaibli, se remet pourtant lentement, et au bout de 8 mois quitte l'hôpital. Mais, un mois après avoir repris son travail, il rentre avec un léger épanchement pleural et meurt subitement. A l'autopsie, symphyse cardiaque totale, cœur sain, rein et foie congestionnés. H. R.

Uric acid as a cause of high arterial tension..., par A. HAIG (*Brit. med. Journ.*, *p.* 947, 31 *octobre* 1891).

Haig revient sur la question, déjà plusieurs fois abordée par lui, des relations de l'acide urique avec la tension artérielle. Pour lui, la tension sanguine varie proportionnellement à la quantité d'acide urique charrié dans le sang : les substances qui diminuent la tension artérielle (opium, mercure, iodure, etc.) agissent toutes en diminuant la production d'acide urique. L'acide urique agit en provoquant la contracture des artérioles et des capillaires, ce qui élève la tension sanguine générale. La migraine ne serait que l'expression de cette pléthore urique. De même la bradycardie serait la conséquence de l'accumulation de l'acide urique, qui ralentit le fonctionnement du cœur en augmentant les résistances qu'il rencontre. H. R.

Aneurysma der Arteria mesenterica superior, par LAZARUS (*Berlin. klin. Wochens*, *n°* 41, *p.* 1019, 12 *octobre* 1891).

Jeune homme de 19 ans, atteint d'endocardite rhumatismale et présentant, à droite du nombril, une tumeur pulsatile, grosse comme une noix, sans bruits anévrysmatiques. Chaque jour il avait 3 ou 4 attaques de collapsus avec hémiplégie gauche de plus en plus accusée. A maintes reprises, urines sanglantes. A l'autopsie : hypertrophie du cœur, ulcérations de la valvule mitrale et de l'aorte; endocardite ulcéreuse-verruqueuse. Poumons sains. Rate hypertrophiée, molle, fluctuante dans la moitié inférieure, avec contenu sanieux et purulent.

Au-dessous de la portion inférieure et transversale du duodénum, deux tumeurs juxtaposées, l'une fluctuante, l'autre le double plus volumineuse et dure; celle-ci était placée entre le rein et la capsule surrénale et offrait à la coupe une série de couches concentriques variant du rouge au brun jaune; le centre était liquide.

L'autre tumeur provenait de l'artère mésentérique supérieure très dilatée et présentait dans sa paroi un orifice, à peine du calibre d'une tête d'épingle, qui conduisait dans un sac de la grosseur d'une pomme, rempli de sang fluide et qui formait la tumeur anévrysmale reconnue pendant la vie. J. B.

Thrombose de l'artère iliaque et de l'artère rénale au cours d'une pneumonie infectieuse. Gangrène massive des deux membres inférieurs, par RENDU (*Soc. méd. des hôpitaux*, 15 *janvier* 1892).

Une femme de 37 ans entre le 24 novembre 1891 à l'hôpital, souffrant de la grippe depuis quinze jours, et atteinte d'une broncho-pneumonie qui remonte à plusieurs jours; après une crise de dyspnée grave et une amélioration passagère, surviennent des troubles cardiaques, tendance à syncope, pouls misérable, cyanose des lèvres, puis dès le lendemain des douleurs aux jambes; on constate que les pieds sont exsangues, froids, les battements de la poplitée ont disparu, peu à peu les signes de la gangrène s'accentuent, les pieds se momifient, puis arrive la sépticémie gangreneuse, qui amena la mort en 48 heures, le 7 décembre.

A l'autopsie on trouva des lésions de broncho-pneumonie, dans le cœur une petite végétation sur une des valves aortiques, et au fond du ventricule gauche un caillot fibrineux ramolli et puriforme au centre; l'oblitération artérielle remontait au-dessus de la bifurcation des deux iliaques primitives, où l'on trouvait un caillot fibrineux, dur, légèrement adhérent à la paroi, et se continuant dans l'iliaque externe; dans les fémorales les caillots

étaient cruoriques ; l'examen de l'artère à l'œil nu n'indique pas l'artérite. En outre, il y avait un caillot adhérent dans la veine fémorale gauche, et une obstruction complète de l'artère rénale droite par un caillot fibrineux ancien ; le rein était complètement nécrobiosé et jaune.

L'examen histologique des vaisseaux est négatif au point de vue de l'existence d'une endartérite ; l'endothélium lui-même est sain au niveau du caillot. La recherche des agents infectieux montra qu'il s'agissait de pneumocoques dans les crachats durant la vie, dans le suc pulmonaire, après la mort ; l'examen du caillot cardiaque et des caillots artériels a été négatif ; par contre, le caillot de la veine contenait des pneumocoques.

Rendu admet que le microbe infectieux du poumon a pénétré dans le sang et a déterminé dans le cœur et les artères des thromboses autochtones et primitives malgré l'absence de l'endartérite. H. L.

Des paralysies pneumoniques, par P. BOULLOCHE (*Thèse de Paris*, 1892).

La pneumonie peut, à la façon des maladies infectieuses, provoquer des paralysies toxiques qui se montrent soit à la période aiguë, soit pendant la convalescence. Les premières, parfois localisées à un segment de membre, revêtent généralement le type hémiplégique et s'accompagnent souvent d'aphasie ; chez les vieillards, elles sont quelquefois le seul symptôme apparent. Les secondes sont habituellement diffuses avec prédominance aux membres inférieurs et peuvent donner lieu à de l'atrophie musculaire. Pour les unes et les autres, les lésions sont souvent nulles; souvent aussi on constate des lésions plus ou moins banales du cerveau (méningite, ramollissement) ou de la moelle (méningo-myélite, ramollissement, sclérose en plaques). LEFLAIVE.

Ueber die prognostische Bedeutung der bei krupöser Pneumonie auftretenden Leucocytose (Valeur pronostique de la leucocytose dans la pneumonie fibrineuse), par R. v. JAKSCH (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 5, 1892).

Les cas de pneumonie fibrineuse qui ne déterminent pas de leucocytose, sont de très fâcheux pronostic. En pareil cas, il est indiqué d'administrer au malade quelqu'un des agents thérapeutiques ayant pour effet d'augmenter le nombre des leucocytes, tels que la pilocarpine, l'antipyrine, l'antifébrine, la nucléine. Par des injections de pilocarpine, chez un individu de 60 ans, atteint de pneumonie fibrineuse sans hyperleucocytose, l'auteur est arrivé à déterminer une augmentation du nombre des leucocytes égale à 62,7 0/0, c'est-à-dire à faire passer la proportion des leucocytes aux hématies de 1 : 283,7 à 1 : 165,4. Cette modification s'était déjà produite une heure après l'injection de 5 milligrammes de pilocarpine. LEFLAIVE.

Remarques sur deux cas d'arthrites à pneumocoques, par MACAIGNE et CHIPAULT (*Revue de médecine, septembre* 1891).

Le premier de ces deux cas est celui d'une femme de 60 ans qui au 4e jour d'une pneumonie fut prise de douleurs dans le genou droit ; bientôt celui-ci enfla, la peau resta pâle et les veines se dessinèrent en bleu à la surface de la cuisse. Fièvre oscillante entre 39°6 et 38°4. Douleurs modérées, œdème du pied droit et de la partie postérieure de la jambe et de la cuisse. Plusieurs ponctions capillaires pratiquées donnèrent issue à du pus floconneux ne contenant que des pneumocoques. L'arthrotomie donna issue à un demi-litre de pus floconneux environ. Les auteurs profitèrent de l'ouverture

de l'articulation pour enlever un fragment de synoviale et un fragment de cartilage; celui-ci fut trouvé sain, tandis que la synoviale était le siège d'une infiltration embryonnaire prononcée. Donc on n'avait pas affaire à une ostéo-arthrite, mais bien à une arthro-synovite. La malade guérit, du reste, totalement au bout d'un mois.

Le second cas publié est une observation de Chantemesse, ayant trait à une pneumonie suppurée avec polyarthrites à pneumocoques et méningite consécutive à pneumocoques également. L'intérêt de cette observation consiste en ce que le pus des diverses articulations envahies, ainsi que celui des méninges produisit une virulence d'autant plus grande que l'articulation envahie l'avait été plus tardivement. Les méninges prises en dernier lieu contenaient un pus très virulent. C. GIRAUDEAU.

Du pneumothorax partiel inférieur à symptômes péritonéo-pleuraux, par TOLMER (*Thèse de Paris*, 1891).

L'intérêt de ce travail réside dans une observation détaillée d'un malade, tuberculeux depuis plusieurs mois, qui fut pris de vives douleurs à l'épigastre avec ballonnement du ventre, puis de vomissements alimentaires et bilieux et de hoquets, chez lequel on constata les signes physiques d'un pneumothorax enkysté à la base du poumon droit. Ces troubles abdominaux durèrent plus d'un mois, puis disparurent les signes du pneumothorax après une légère vomique, à l'exception d'une légère exagération de la sonorité à la base du poumon. H. L.

Contribution à l'étude des localisations du diplocoque encapsulé de Talamon-Fränkel. Purpura hémorragique et pleuro-pneumonie double avec pneumocoques dans la sang et les urines, par BONARDI (*Rivista gen. Italiana di clin. medica, n° 7, p.* 162, 1892).

Un jeune homme de 21 ans entra à la clinique de Pise pour une pleuro-pneumonie, qui parut entrer en résolution, huit jours après le début de la maladie. Mais deux jours après la défervescence, la température monta brusquement à 40°, des vomissements survinrent ainsi que des douleurs vagues au niveau du thorax; le lendemain de cette rechute survinrent une hémorragie générale, de l'hématurie et de l'albuminurie.

Peu de jours après, la stomatorrhagie et l'hématurie cessèrent, mais le malade eut du mélæna qui dura pendant quelques jours, puis se manifestèrent des foyers pneumoniques dans les deux poumons.

L'examen du sang et des urines fait pendant la vie permit d'isoler le pneumocoque. G. LYON.

Quelques considérations sur la pleurésie sénile, par SAUCEROTTE (*Thèse de* (*Nancy*, 1890).

La pleurésie chez les vieillards est le plus souvent secondaire, et si dans ce cas elle est rarement cause directe de mort, elle aggrave beaucoup la maladie première (péricardite, affections cardiaques, tuberculose, cancer, maladie de Bright). La pleuro-pneumonie est relativement rare.

La pleurésie primitive peut évoluer chez le vieillard comme chez l'adulte, quoique la lenteur de la résorption allonge d'ordinaire beaucoup la durée de la maladie. Cette lenteur est due à l'épaississement de la plèvre, à la production d'exsudats, à l'altération des ganglions lymphatiques.

Habituellement la pleurésie sénile prend plutôt des allures subaiguës ou chroniques; la fièvre, le point de côté font souvent défaut. Elle est fréquemment latente et entraîne la mort subite (thrombose, embolie). L'asystolie succède facilement aux pleurésies à grand épanchement.

Plus l'allure est aiguë, plus sont grandes les chances de guérison. La lenteur de la résorption commande la thoracentèse, qui donne souvent d'heureux résultats. LEFLAIVE.

De la pleurésie séro-fibrineuse consécutive à la pneumonie, par NETTER (*Soc. méd. des hôpitaux*, 1er *avril* 1892).

La pleurésie séro-fibrineuse métapneumonique est beaucoup plus rare que la pleurésie purulente (4 contre 16). Lorsque ces épanchements sont examinés après la guérison de la pneumonie et sont importants, on n'y trouve pas de pneumocoque; on n'en trouve que dans les épanchements examinés au cours de la pneumonie. Les épanchements séro-fibrineux importants ne subissent pas la transformation purulente. Ils n'ont aucune relation avec la tuberculose. Ils ont un pronostic favorable. Le plus souvent il y a résorption naturelle, ou s'il faut ponctionner, le liquide ne se reproduit pas. H. L.

La mort subite dans les pleurésies sans épanchement, par Ch. TALAMON (*La Médecine moderne, p.* 217, 14 *avril* 1892).

La présence d'un épanchement pleural abondant n'est nullement une condition nécessaire de la mort subite. La mort subite peut survenir non seulement avec un épanchement moyen, mais encore dans les pleurésies sans épanchement, et en particulier dans les pleurésies fibroïdes avec symphyse pleurale. La mort subite est indépendante de la nature ou de la qualité de la pleurésie; elle est indépendante aussi du siège de la pleurésie, et se produit même plus souvent dans les pleurésies droites que dans les pleurésies gauches. Elle est due le plus souvent à une thrombose brusque de l'artère ou de l'infundibulum pulmonaire, en rapport avec les contractions vicieuses ou affaiblies du cœur droit; il existe cependant des cas où l'autopsie ne fournit aucune explication satisfaisante de la mort subite. G. THIBIERGE.

Phlébite dans le cours de la grippe, par TROISIER (*Soc. méd. des hôpitaux* 18 *mars* 1892).

Une femme de 34 ans contracte la grippe vers le 20 janvier; peu après elle est prise d'une otite aiguë terminée par suppuration et d'une bronchite; la fièvre était tombée depuis une semaine quand il y eut une nouvelle élévation de température, accompagnée de douleur vive à l'aine. C'était le début d'une phlébite qui s'étendit à tout le membre inférieur gauche, et dura cinq semaines. L'otorrhée était guérie quinze jours auparavant. H. L.

Thermométrie clinique de la grippe, par MENU (*Thèse de Lyon*, 1892).

D'après Menu, comme toutes les pyrexies spécifiques, la grippe pyrétique a son tracé thermique spécial.

Ce tracé a des allures nettement déterminées. Son caractère le plus essentiel semble résider dans la production d'une *rechute* fébrile qui se

manifeste dans un laps de temps plus ou moins éloigné de la défervescence thermique.

Comme caractère secondaire, on peut signaler une encoche souvent profonde, en forme de V, se produisant pendant l'acmé fébrile et qu'on peut envisager comme un véritable collapsus thermique.

Ce collapsus thermique semble très vraisemblablement imputable à l'action des toxines grippales sur les centres calorifiques; il paraît en conséquence indiquer une imprégnation plus profonde par le poison grippal. Certaines données expérimentales viennent militer en faveur de cette interprétation clinique. G. LYON.

Leçons sur la tuberculose et certaines septicémies, par S. ARLOING (*In*-8°, *Paris*, 1892).

Les leçons publiées par Arloing et professées à la faculté de Lyon, offrent une histoire complète de la tuberculose, envisagée au point de vue de l'anatomie pathologique et de la pathologie expérimentale. Prenant la question à l'origine, c'est-à-dire aux mémorables recherches de Villemin, l'auteur montre le chemin parcouru depuis moins de trente ans. On ne peut guère se figurer aujourd'hui l'émotion suscitée par cette découverte de la contagiosité de la tuberculose; ce qu'on comprend encore moins, c'est l'animosité peu scientifique avec laquelle furent combattues les conclusions de ce savant expérimentateur. Mais la vérité devait se faire jour peu à peu, en dépit des contradictions. L'école lyonnaise, Chauveau en tête, Tripier, Arloing, Toussaint et tant d'autres, vint affirmer par une série d'expériences précises la possibilité de l'inoculation par les voies digestives. Puis, alors qu'on discutait encore, Koch venait apporter à l'appui de ces documents une preuve irréfutable, la découverte de l'agent virulent, du bacille.

Dans une série de chapitres qui constituent de véritables documents historiques, Arloing insiste sur la genèse et l'évolution du tubercule, sur les modes de contagion, sur la généralisation, sur les variétés de tuberculose. La part qu'il a eue dans ces études est plus importante que l'auteur ne semble l'énoncer. Rappelons, à ce propos, ses recherches sur la scrofule et la tuberculose, et les expériences si variées qu'il a imaginées pour établir les rapports de ces deux affections.

La tuberculose aviaire a été étudiée par Arloing et Tripier bien avant qu'on tentât, par des expériences récentes, à établir son plus ou moins d'affinité avec la tuberculose humaine. Pour l'auteur, les recherches des différents auteurs, Cornil, Mégnin, Nocard, etc., ne font que confirmer l'idée que le bacille aviaire et le bacille des mammifères ne sont que deux races plus ou moins modifiées de la même espèce microbienne.

La tuberculine de Koch fournit à A. matière à un exposé très brillant de la valeur de ce produit; le premier, il l'a expérimenté sur la race bovine, il a montré, ce que les événements ont prouvé, que l'emploi de cet agent devait entraîner des échecs lamentables. L'histoire de cette phase nouvelle de l'étude de la tuberculose est présentée avec beaucoup d'impartialité; les conclusions n'en ressortent que plus fermes et plus vigoureuses.

Les derniers chapitres sont consacrés à l'étude de la tuberculose au

point de vue de l'hygiène alimentaire. Arloing a pris une part active aux délibérations des congrès qui ont formulé des propositions de réglementation sur l'inspection de la vente des viandes; il résume, avec ses travaux, ceux de ses divers collègues.

Cet ouvrage, si riche de faits, se termine par l'exposé des travaux modernes sur la septicémie gangreneuse et la septicémie puerpérale. On pourra juger par la lecture de ces chapitres de l'activité qui règne au laboratoire de pathologie de Lyon par le nombre et la variété des travaux de l'auteur ou de ses élèves. A. CARTAZ.

Traité des maladies du foie, par LABADIE-LAGRAVE (*In*-8°, 1100 *pages, Paris*, 1892).

Ce volume forme le tome VI de la *Médecine clinique* de G. Sée et Labadie-Lagrave, et il continue dignement cette œuvre intéressante, où la critique historique tient justement une place fort minime, tandis que l'étude des faits positifs et précis est mise à la hauteur des acquisitions les plus récentes.

Le plan de l'ouvrage comprend cinq parties. Une importante étude anatomo-physiologique sert utilement de préparation à la description de la pathologie hépatique. Le deuxième chapitre traite de la pathologie générale du foie. On lira avec fruit toute cette étude séméiologique, particulièrement les nouveaux procédés d'exploration physique du foie, et plus encore les résultats si importants fournis par l'enquête indirecte dirigée du côté de l'appareil urinaire.

Avec la troisième partie de l'ouvrage, commence l'étude de la pathologie spéciale du foie. L'auteur entre en matière par la description des infections hépatiques aiguës, et spécialement des ictères infectieux, dont l'épidémiologie et la microbiologie sont analysées avec soin, et dont le groupement synthétique est présenté en conformité avec les études critiques les plus récentes. Le chapitre des abcès du foie est enrichi des nouvelles recherches anatomiques très importantes dues à Kelsch et Kiener; on y trouve un aperçu de la valeur microbienne, d'ailleurs si disparate, de ces suppurations. Il faut citer encore les descriptions de la syphilis et de la tuberculose hépatiques, qui sont rajeunies à la lumière des travaux des dernières années, et l'étude des cirrhoses et autres affections du foie d'origine toxique.

Dans le chapitre consacré à l'étude du cancer du foie, l'auteur emprunte largement au « travail riche de faits et de conceptions originales » de Hanot et Gilbert. A propos des kystes hydatiques, les différentes méthodes de traitement sont passées en revue avec beaucoup de soin.

Dans la quatrième partie, l'auteur étudie la pathologie des voies biliaires, les infections et la lithiase. La description détaillée de celle-ci occupe la place que lui vaut justement sa fréquence et son importance clinique générale; le traitement est formulé longuement, avec les interventions chirurgicales qu'il comporte depuis quelques années. Quant au chapitre des infections biliaires, quoiqu'il ne date que d'hier, il est déjà assez riche de faits; on ne peut que louer l'auteur d'en avoir totalement séparé les ictères infectieux, qui n'appartiennent pas à la pathologie des voies biliaires.

L'ouvrage se termine par une cinquième partie, qui traite de la pathologie portale et périhépatique. GIRODE.

Cases of jaundice due to aneurysm of the hepatic artery, par W. HALE WHITE (*Brit. med. J., p.* 223, 30 *janvier* 1892).

Hale White signale deux causes peu communes d'ictère.

La première est la compression du canal cholédoque par un anévrysme de l'artère hépatique ; en voici le résumé :

Jeune homme de 18 ans, entré pour une pneumonie droite, dont la défervescence se produit graduellement du 9e au 11e jour. Le 13e, apparition de nouveau de la fièvre, qui prend le type hectique et se complique de jaunisse. Le 24e jour, une ponction exploratrice fait découvrir une collection purulente; le malade meurt subitement au moment où on allait l'opérer. A l'autopsie, collection purulente peu abondante dans la gouttière costo-vertébrale. Enorme épanchement de sang dans l'abdomen, provenant de la rupture d'un anévrysme de l'artère hépatique gros comme une orange. Ce dernier comprimait le canal biliaire.

Un fait presque identique a été publié par Borcher (Kiel, 1878).

La seconde cause est l'existence d'un rein mobile qui coïncide avec la jaunisse. Il s'agit alors plutôt d'un trouble réflexe que d'une compression directe. Suit une observation personnelle. H. R.

Du rôle de la cellule hépatique dans la production des scléroses du foie, par de GRANDMAISON (*Thèse de Paris*, 1892).

Au point de vue de la distribution de l'hyperplasie conjonctive, la systématisation est un fait absolument exceptionnel dans les scléroses hépatiques, et par suite le développement du tissu conjonctif inflammatoire n'est pas exclusivement sous la dépendance des irritations vasculaires. Dans les lésions aiguës et chroniques du foie, la sclérose se développe beaucoup plus sérieusement autour des cellules qu'autour des vaisseaux. Les altérations cellulaires sont d'autant plus intenses que la prolifération conjonctive est plus évidente ; elles jouent donc un rôle prépondérant dans la pathogénie de la sclérose hépatique. La cellule hépatique, en s'atrophiant, laisse autour d'elle un vide que vient combler le tissu conjonctif cicatriciel. GIRODE.

De l'œdème préascitique des membres inférieurs dans la cirrhose alcoolique atrophique, par PRESLE (*Thèse de Paris*, 1892).

Cet œdème est bien différent de l'œdème tardif succédant à une grande ascite, ou dû à la cachexie; il paraît produit par une lésion de la veine cave inférieure. Il ressemble en général à tout œdème consécutif à une obstruction ou une oblitération de la veine cave ascendante. Il peut permettre de dévoiler une cirrhose à peu près latente jusqu'alors, ou ne se manifestant que par quelques troubles fonctionnels. Son pronostic, assez grave, se proportionne surtout au degré de la lésion vasculaire. Il comporte le traitement commun à tous les œdèmes. GIRODE.

Trois kystes hydatiques du foie latents. Infection suppurative de deux kystes. Infection colibacillaire généralisée, par LE GENDRE et RAOULT (*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 *mars* 1892).

Un homme de 57 ans, d'une bonne, santé non alcoolique, entre à l'hôpital

pour un ictère datant de 10 jours ; on note une langue saburrale, un estomac légèrement dilaté, le foie dépassant notamment les côtes, légèrement sensible à la pression. On crut à un ictère catarrhal. Six jours après, l'ictère avait augmenté, et le malade était pris de crises de hoquet, qui devenaient permanentes jusqu'au moment de la mort, résistant à tous les traitements, puis de fièvre vive, avec oligurie, d'hématémèses peu abondantes, mais répétées, enfin de torpeur. Mort dix jours après le début du hoquet.

A l'autopsie on trouva le foie gros, pesant 3,100 grammes ; le canal cholédoque très dilaté, contenant une membrane de kyste hydatique plissée, qui remontait dans le canal hépatique et le lobe de Spiegel qui contient une cavité pleine d'un liquide verdâtre ; dans le lobe droit, un kyste contient un liquide verdâtre purulent ; dans le reste du foie, il y a des cavités aréolaires et irrégulières renfermant un liquide de même aspect.

L'examen bactériologique montra dans le liquide de la vésicule biliaire, des cavités suppurées du foie, dans le sang du cœur droit, dans le liquide pris sous des plaques dépolies de la pie-mère qu'il existait un seul bacille, le bacterium coli commune.

Les auteurs insistent sur la latence des kystes, dont l'un avait amené une si large distension des canaux biliaires, et sur l'infection généralisée colibacillaire. H. L.

Ein Fall von Cholangitis suppurativa, par GOLDENBERG (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 5, *p.* 98, 1892).

Chez une femme de 36 ans, ayant eu un léger ictère, de la tuméfaction douloureuse du foie, et des signes de suppuration, l'auteur a constaté, à l'autopsie, les lésions suivantes :

Épanchement de sérosité dans le péritoine. Foie dépassant de 8 centimètres le bord des fausses côtes, et enveloppé de fausses membranes anciennes et récentes (périhépatite) ; largeur 32 centimètres ; hauteur du lobe droit 22 centimètres, du gauche 15 centimètres.

Pas de bile dans l'intestin. Canal cholédoque étroit. Dans le canal hépatique, calcul gros comme un œuf de pigeon, à surface lisse, brunâtre, composé de cholestérine. En arrière du calcul, bile et pus. Canaux biliaires dilatés, offrant des ulcérations et contenant du pus mêlé à de la bile et à de nombreux détritus. Sur plusieurs points de la surface du foie, confluence des canaux biliaires d'où résultent de petits abcès. Tissu hépatique gris ou pigmenté.

Rate un peu tuméfiée ; périsplénite.

Un abcès gros comme une noisette dans le lobe supérieur du poumon droit. L. GALLIARD.

De la splénomégalie primitive, par BRUHL (*Archiv. gén. de méd.*, *juin* 1891).

La splénomégalie primitive constitue une variété de pseudo-leucémie. Elle est caractérisée, au point de vue symptomatique, par l'hypertrophie de la rate, par une anémie globulaire sans augmentation appréciable du nombre des leucocytes et par l'absence d'adénopathie. Un caractère important de l'anémie de la splénomégalie primitive est l'abaissement de la proportion de l'hémoglobine. L'hypertrophie de la rate est presque toujours accompagnée d'une légère augmentation de volume du foie.

La splénomégalie primitive doit être distinguée de la leucocythémie et des pseudo-leucémies ganglionnaires.

La leucocythémie se reconnaît par l'examen du sang ; les pseudo-leucémies se diagnostiquent par l'état des ganglions.

Anatomiquement, la lésion essentielle est la lésion de la rate, dont le volume est considérablement augmenté. Histologiquement, les glomérules de Malpighi présentent les altérations les plus considérables : ils sont à peine reconnaissables. RICHARDIÈRE.

Étude clinique sur la dyspepsie gastrique, par MATHIEU et RÉMOND (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 *décembre* 1891).

Ce travail est établi sur 54 observations, qui se décomposent ainsi : 1° hyperchlorhydrie, 16 cas ; 2° dyspepsie nerveuse motrice, sans hyperacidité et sans stase permanente, 23 cas ; 3° hypochlorhydrie avec hyperacidité organique, 7 cas ; 4° hypochlorhydrie avec dilatation permanente, 8 cas. Sur 54 cas, il y avait 37 hommes contre 10 femmes, et sur 15 alcooliques, 13 hommes. Les auteurs admettent : 1° que les mêmes causes, émotions morales vives, secousses physiques, neurasthénie antérieure, chlorose, alcoolisme, peuvent donner lieu également aux diverses formes cliniques de la dyspepsie gastrique ; 2° que la fréquence des secousses morales ou physiques, la fréquence des phénomènes névropathiques antérieurs à la dyspepsie, démontrent l'importance capitale de la névropathie, dans la genèse des divers modes de la dyspepsie. H. L.

Des troubles nerveux dans la dyspepsie, par Paul SANDOZ (*Revue médic. Suisse romande, XI*, 493, *août* 1891).

Sandoz rapporte sous ce titre 4 observations d'hémiplégie, dont 3 du côté droit avec aphasie, chez des femmes de 38 à 45 ans, survenant chez des dyspeptiques et guérissant en même temps que les troubles digestifs. Quoique deux de ces malades eussent une affection organique du cœur, il n'hésite pas à regarder l'hémiplégie comme fonctionnelle, en se basant sur l'absence de perte de connaissance, l'abolition du sens musculaire, les troubles de la sensibilité et l'absence de paralysie faciale.

Hystérie toxique par dyspepsie et hémiplégie dyspeptique, tels sont les deux noms qui conviennent le mieux à ces accidents. J. B.

Cardiac symptoms in gastric ulcer, par ORD (*Brit. med. J., p.* 1259, 12 *décembre* 1891).

Ord signale un certain nombre de troubles fonctionnels du cœur au cours des ulcérations de l'estomac. Les principaux symptômes sont les suivants : 1° extension de la matité précordiale en haut et à gauche du sternum ; 2° brusquerie du choc du cœur à gauche ; 3° coexistence de bruit de frottement à la partie supérieure de la matité ; 4° présence d'un souffle doux systolique de la pointe, propagé à l'aisselle, avec accentuation du deuxième bruit au niveau de l'aire pulmonaire.

Ces signes, qui sembleraient indiquer une endopéricardite, ne correspondent à aucune lésion. L'auteur admet un trouble fonctionnel du pneumogastrique cardiaque et gastrique, donnant lieu à la dilatation du cœur gauche, aussi bien qu'à de l'accroissement de tension de l'artère pulmonaire. H. R.

Diagnosis of duodenal ulcer, par **DRESCHFELD** (*Brit. med. J.*, *p.* 1263, 12 *décembre* 1891).

Dreschfeld signale comme symptôme constant de la péritonite par perforation de l'ulcère duodénal, une douleur qui siège dans la fosse iliaque droite, et non à l'épigastre, et qui pourrait faire croire à une appendicite ulcéreuse.

Lorsque l'affection est mieux définie, elle donne lieu à des symptômes variables, suivant le siège de l'ulcère :

a) Au voisinage du pylore, la symptomatologie est celle de l'ulcère gastrique.

b) Au voisinage de l'ampoule de Vater, il détermine des douleurs survenant plusieurs heures après les repas, accompagnées d'hématémèses et de melæna. Plus tard, quand l'ulcère est cicatrisé, il donne lieu à de l'ictère persistant, par suite de la sténose de l'ampoule de Vater, et fréquemment à des vomissements incoercibles.

c) Au-dessous de l'ampoule, il se fait un rétrécissement du duodénum, avec dilatation de l'intestin et de l'estomac en amont. En pareil cas, le contenu de l'estomac est toujours alcalin et mélangé de bile, ainsi que du ferment pancréatique. H. R.

e la stercorémie aiguë fébrile, par **DUCLOS** (*Revue gén. de clin. et de thérapeutique*, *n°* 34, *p.* 525, 1891).

Duclos admet l'existence d'une maladie aiguë fébrile, spéciale, la stercorémie, due à la résorption des matières fécales putrides. Cette maladie s'accompagne des symptômes des plus sérieux d'intoxication. Elle a tout d'abord l'aspect d'une dothiénentérie des plus graves, à forme généralement adynamique, ou d'une fièvre intermittente pernicieuse qui met la vie dans un danger pressant.

Il existe des signes qui permettent d'établir le diagnostic différentiel. Malgré l'intensité et la gravité des symptômes, et la longue durée du mal, Duclos n'a observé qu'un seul cas de terminaison fatale.

La médication consiste dans l'usage des purgatifs, des désinfectants et des préparations de quinine à dose élevée. G. LYON.

Leçons cliniques sur l'albuminurie, par **Grainger STEWART**, traduit par **BEUGNIES-CORBEAU** (*In*-8°, *Paris*).

L'auteur résume dans ses leçons les résultats les plus récents de sa grande expérience clinique. Après avoir comparé la valeur comparative des réactifs de l'albumine, il en a employé deux pour établir ses statistiques multipliées, l'acide nitrique à froid et l'acide picrique. Il a obtenu chez des individus bien portants des résultats positifs variant de 17 0/0 (enfants), à 33 0/0 (adultes) et 62 0/0 (sexagénaires) et constaté l'apparition de l'albuminurie dans certains cas après les repas, les bains froids et les exercices violents, tandis que les exercices modérés la font souvent disparaître. Etudiant des groupes considérables de malades, il a obtenu des moyennes variant de 24 0/0 (clientèle privée) à 49 0/0 (malades alités à l'hôpital) de 14 0/0 (enfants malades) à 66 0/0 (enfants fiévreux). Grainger Stewart, au point de vue de la théorie de l'albuminurie, admet l'influence prépondérante des lésions de l'épithélium tubulaire et du stroma, et rejette à un plan très secondaire l'hypertension

vasculaire, l'altération préexistante du sang, l'accroissement de la perméabilité du filtre rénal. Les leçons suivantes sont consacrées à l'étude d'une série de cas de néphrites épithéliale, scléreuse, d'albuminurie non dangereuse qu'il catégorise en quatre classes, paroxystique, alimentaire, gymnastique ou par fatigue musculaire, et persistante simple, et à des considérations intéressantes sur le diagnostic différentiel et le pronostic de l'albuminurie. Stewart a constaté à plusieurs reprises, que chez des individus sains, l'ingestion d'œufs frais en grande quantité (3 à 10 par jour), en sus de l'alimentation ordinaire amenait une albuminurie peu abondante, et disparaissant par le retour au régime ordinaire, il n'y avait eu d'ailleurs aucun trouble gastrique pendant ces expériences. Il a étudié comparativement cinq régimes alimentaires ; deux qu'il qualifie d'ordinaires (lait, 700 grammes, viande, 235 à 450 grammes), un régime lacté exclusif, un régime sans viande, un régime sans viande avec œufs frais, et conclut en faveur du régime lacté exclusif et du régime lacté avec quantité faible de viande. Au point de vue thérapeutique il est très éclectique, et n'accorde à aucun médicament le pouvoir direct d'amoindrir le débit de l'albumine; dans les cas aigus il recommande la digitale à faible dose, le strophantus et autres toni-cardiaques, les purgatifs, la pilocarpine et autres diaphorétiques à doses moyennes, dans les cas chroniques le fer, la quinine, la caféine, l'iodure de potassium, etc.

H. LEROUX.

Ueber Pleurokomplikationen bei Typhilitis und Perityphlitis, par WOLBRECHT (*Dissert. inaug. Berlin*, 1891).

L'auteur rapporte deux faits d'abcès pérityphlitiques ouverts dans la cavité pleurale : le premier guérit à la suite d'une résection costale et après évacuation de deux litres et demi de pus; le second guérit à la suite de vomiques.

De 89 cas de pérityphlite non suppurée traités à la clinique de Gerhardt, 34 (c'est-à-dire 38 0/0) présentèrent des signes de pleurésie (2 pleurésies purulentes, 29 pleurésies séreuses et 3 sèches). Des pleurésies non purulentes, 28 siégeaient à droite, une à gauche, et 3 des deux côtés. Des cas de pérityphlite compliqués de pleurésie, aucun ne se termina par la mort, tandis que 4 des autres malades sur 55 succombèrent.

La pleurésie résulte de l'extension du processus inflammatoire par l'intermédiaire du péritoine et du tissu conjonctif sous-péritonéal. Si cette complication a été aussi rarement signalée, c'est parce qu'on songe peu à examiner la région pleurale chez ces malades. LEFLAIVE.

Ueber Balantidium coli, par K. ORTMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 33, *p.* 814, 17 *août* 1891).

Le seul infusoire cilié trouvé comme parasite dans l'intestin humain est le balantidium coli découvert par Malmsten en 1856 (*Virchow's Archiv*, XII). Depuis lors, il en a été publié 27 observations que Mitter a réunies dans sa thèse (Kiel, 1891). Quinze d'entre elles proviennent de la Suède, 6 de la Cochinchine, 2 des provinces baltiques, 2 des États-Unis et les 3 restantes, d'Allemagne, de la Haute-Italie et des îles de la Sonde. On est encore dans le doute de savoir si c'est un parasite inof-

fensif ou s'il est la cause de la colite catarrhale chronique avec laquelle on le rencontre généralement.

Ortmann publie le premier cas de ce genre observé à Kiel. Il s'agit d'un marin de 48 ans, qui faisait dater sa maladie d'un voyage au Brésil. Il avait de 3 à 6 selles quotidiennes diarrhéiques, indolores, jaunâtres et muqueuses, sans fièvre; un aspect cachectique; pas de sensibilité du ventre à la pression; beaucoup d'indican dans l'urine. Les garde-robes contenaient des parcelles alimentaires non digérées et étaient surmontées de flocons de mucosités où se trouvaient de préférence les infusoires.

Le balantidium coli a une longueur de huit centièmes à deux dixièmes de millimètre et une largeur de trois à neuf centièmes. Son corps ovalaire se transforme facilement en sphère; il se compose de 2 couches : une extérieure, claire et ferme, une intérieure, granuleuse et plus ou moins trouble suivant la nourriture. La couche extérieure est munie partout de cils d'égale longueur, toujours en mouvement; seuls, ceux qui entourent la cavité buccale sont plus serrés et un peu plus longs. La couche intérieure, granuleuse, renferme au centre un noyau, tantôt rubané, tantôt en fer à cheval, et sur les côtés une ou plusieurs vacuoles, dont le volume varie d'un instant à l'autre et augmente beaucoup à l'approche de la mort. Le balantidium se reproduit aussi bien par copulation et segmentation que par bourgeonnement au voisinage de l'anus. Dans ce dernier cas, le jeune infusoire est pourvu de cils, mais n'a ni bouche ni anus, ni noyau intérieur, et reste d'abord fixé à sa mère.

Le balantidium succombe promptement dès qu'il a quitté l'intestin humain. Ortmann est parvenu à en maintenir en vie, dans la chambre humide, à la température ordinaire, durant vingt-quatre heures seulement. Il n'a pas réussi à les transmettre à des chiens par des lavements.

Il a étudié, sous le microscope, l'action de diverses solutions médicamenteuses sur cet infusoire. Le chlorure de sodium à 3/4 0/0 le tue lentement, mais sûrement, en 45 minutes; l'eau de Carlsbad n'a pas d'effet marqué; le permanganate de potasse à un pour trois mille le tue en 30 minutes; l'acide chlorhydrique au deux-millième, en 20 minutes; l'acide tannique au centième, en 3 minutes; enfin, le sulfate de quinine au millième, en 5 minutes.

Appliquant ces données expérimentales à son malade, Ortmann a institué le traitement suivant : un premier lavement avec 1,500 grammes d'eau et 10 grammes de sel d'Ems pour dissoudre le mucus intestinal, habitat de prédilection du parasite. Une heure plus tard, lavement de quinine (le bassin du malade étant élevé) et pilules kératinisées de poudre de quinine. Le tannin ne lui a pas donné d'aussi bons résultats.

Sous l'influence de cette médication, les infusoires ont complètement disparu des selles, la diarrhée a cessé, en même temps que l'état général s'améliorait. Ortmann voit là la preuve que si le balantidium n'est pas, d'une façon encore certaine, la cause première de la maladie, c'est lui qui l'entretient, car les substances, telles que le bismuth, la naphtaline, la créosote, qui ne tuent pas ces infusoires, sont sans action sur le catarrhe du gros intestin. D'autre part, il est manifeste que le parasite n'agit qu'à la longue, car chez le malade d'Ortmann, dont l'infection

remontait à trois ans, la diarrhée n'est devenue continue qu'au bout de dix-huit mois. De même, quand il s'est représenté trois mois après sa sortie de l'hôpital, il jouissait encore d'une parfaite santé, bien que dans une selle on ait trouvé un exemplaire de l'infusoire. (*R. S. M.*, XVII, 142.) J. B.

Des infections par le coli bacille, par CHANTEMESSE, WIDAL et LEGRYS (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 *décembre* 1891).

Une femme enceinte de quatre mois entre à l'hôpital avec des phénomènes de péritonite, constipation, vomissements, ballonnement du ventre ; le col est ramolli, entr'ouvert, l'utérus, en rétroversion, touche le sacrum ; quatre jours après, la fausse couche s'effectua, le soir reprise de fièvre, mort 3 jours après. L'ensemencement de débris placentaires, du pus pris dans l'abdomen, des débris de la muqueuse utérine et vaginale, et de sang du cœur montra partout à l'état de pureté le coli bacille. C'était un cas de pseudofièvre puerpérale.

Les auteurs, étudiant la généralisation des infections du coli bacille, admettent que les méningites suppurées, dites typhiques, sont dues non au bacille d'Eberth, mais au coli bacille, bacilles essentiellement différents d'après eux. H. L.

I. — Sur les grands accès fébriles de la défervescence de la fièvre typhoïde, par L. BOUVERET (*Lyon méd.*, 5 *juin* 1892).

II. — Idem, par FRENKEL (*Ibid.*, 19 *juin* 1892).

I. — Bouveret publie quatre observations de fièvre typhoïde, dans le décours desquelles sont survenus, sans cause appréciable, des accès fébriles intenses en tout semblables aux accès palustres, algidité, frisson, sueurs, hyperpyrexie allant de 39°7 à 41°7. Chez un malade il est survenu à trois ou quatre jours d'intervalle quatre accès semblables ; chez les autres un ou deux.

Bouveret étudie la pathogénie de ces accès qui n'ont rien de paludique (insuccès de la quinine), qui ne se rattachent à aucune complication (pyohémie ou infections septicémiques secondaires). Il est convaincu, par l'étude minutieuse qu'il a faite, qu'il s'agit, dans ces cas d'une infection purement typhique, une sorte de pénétration plus intense du virus au niveau des foyers de cicatrisation intestinale et à un moment où le malade est plus facile à impressionner au point de vue thermique.

Il conseille comme traitement, le repos, suppression de toute excitation intestinale (purgatifs, lavements) pour ne pas provoquer la pénétration dans le sang d'une dose massive de substance toxique.

II. — F. publie une observation similaire où la malade eut de nombreux accès; il discute, comme pathogénie, la thrombose des voies mésentériques, de petits abcès du foie et le paludisme. Dans son cas particulier, il semble bien que les accès fussent dûs à un réveil de malaria; la quinine et l'arsenic ont donné un bon résultat. A. CARTAZ.

Du pouls lent permanent dans la fièvre typhoïde, par CARRIEU (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Montpellier*, nos 28, 48, *p.* 325, 565, 1891).

Il existe dans certains cas de fièvre typhoïde un ralentissement du pouls qui n'est pas en rapport avec l'élévation thermique, c'est le pouls lent permanent du début.

Il doit être distingué de la menace de collapsus cardiaque, paraît lié à une action des toxines typhiques sur le pneumogastrique, ne s'accompagne pas de myocardite, de sorte que son pronostic est différent.

G. LYON.

Zur Kenntniss der pyosepticaemischen Allgemeininfektion, par Justyn KARLINSKI (*Prager med. Wochenschr.* 1891, n° 20. *et Hyg. Rundsch.*, *I*, 828, 1er *octobre* 1891).

4e cas de maladie pyocyanique chez l'homme. Dans le pus d'un phlegmon de l'avant-bras, Karlinski a trouvé le staphylocoque pyogène doré et le bacille pyocyanique. Le 7e jour après l'incision, violent frisson indiquant le début d'une infection générale; mort le 26e jour dans le coma.

Le suc de la rate, le sang du cœur et le suc des plaques de Peyer hypertrophiées renfermaient uniquement le bacille du pus vert (*R. S. M.*, *XXXVII*, 533).

J. B.

Remarks on two cases of pancreatic diabetes, par Vaughan HARLEY (*Brit. med j.*, *p.* 9, *janvier* 1892).

L'observation 1 concerne un étudiant en médecine, âgé de 23 ans, d'apparence physique délicate, et qui dut être renvoyé au bout de quinze jours de manœuvres pendant son service militaire. Au mois d'août, il fut atteint d'amygdalite catarrhale, qui l'affaiblit beaucoup. A partir de ce moment, il fut tourmenté d'une soif excessive et constata la présence du sucre dans son urine. En quelques jours, il s'amaigrit, devint d'une faiblesse extrême, avec la langue sèche, l'haleine sentant l'acétone, l'esprit lourd et somnolent. Le onzième jour, il tomba dans le coma et mourut.

A l'autopsie, état normal du foie, du cœur, du poumon et de la rate; reins légèrement granuleux et graisseux. Le pancréas est atrophié, inégal, irrégulier; à la coupe, on y trouve une cavité kystique pleine de pus et une série de petits abcès miliaires renfermant du staphylocoque doré. Le reste du tissu pancréatique est sclérosé, atrophié, infiltré de leucocytes.

L'observation 2 a trait à un homme âgé de 64 ans, de race goutteuse, diabétique depuis plusieurs années, et chaque fois se guérissant en apparence après une saison d'eaux de Carlsbad. En août 1886, on commença à sentir une tumeur irrégulière, profondément située sur la ligne médiane, au-dessous de l'épigastre. A la même époque, on constata la présence de graisse indigérée dans les garde-robes. Puis survint un ictère chronique, et le malade mourut en octobre.

L'autopsie fit voir un cancer de la tête du pancréas avec dilatation des voies biliaires et angiocholite consécutive.

L'auteur, en raison de la longue durée de la maladie, pense que le diabète était d'abord lié à une production de sucre exagérée, et qu'il n'est devenu pancréatique que tardivement, quand le pancréas a été définitivement perdu au point de vue fonctionnel.

H. R.

Recent researches in diabetes mellitus, par Henry TYLDEN (*Brit. med. j.*, *p.* 225, 30 *janvier* 1892).

Tylden discute l'hypothèse de Lépine sur le ferment glycolytique et la diabète pancréatique. Il ne saurait admettre que la diminution de ce ferment soit la cause du diabète.

Pour lui cette maladie tient non pas au défaut de destruction du sucre, mais à l'excès de production du sucre. On peut se demander si

c'est l'ablation du pancréas, ou le choc nerveux dû à l'opération, qui détermine la glycosurie. D'autre part, les lésions cirrhotiques du pancréas ne sont pas une lésion constante dans le diabète, et elles peuvent se rencontrer dans d'autres maladies, par exemple au cours de la néphrite interstitielle, sans glycosurie. H. R.

Des attaques épileptiformes dues à la présence du tænia, par MARTHA (*Arch. de méd.*, *novembre et décembre* 1891).

Les attaques épileptiformes dues au tænia sont rares. Elles diffèrent des attaques d'épilepsie vraie, par ce fait qu'elles ne frappent pas le malade brusquement. La durée des périodes (convulsive et comateuse) est plus longue que dans l'épilepsie idiopathique. Les attaques ont une certaine tendance à revêtir une forme périodique et à revenir à une époque fixe. Contrairement à ce qu'on observe dans l'épilepsie vraie, il peut y avoir un long intervalle entre deux attaques.

Les antécédents nerveux (héréditaires ou personnels) ne jouent aucun rôle dans ces manifestations convulsives. RICHARDIÈRE.

Pseudo-rhumatisme infectieux, par RAYMOND et NETTER (*Soc. méd. des hôpitaux*, 5 *février* 1892).

Un homme de 43 ans entre à l'hôpital, présentant depuis six jours des arthropathies multiples. Au membre supérieur gauche, toutes les articulations sont douloureuses, notamment le poignet et le coude; en dedans du poignet il y a rougeur avec fluctuation; au niveau du cul-de-sac bicipital, rougeur également vive; à droite, manifestations analogues. Aux membres inférieurs qui sont œdématiés, le gonflement et la rougeur sont surtout accusés au niveau des genoux et des cou-de-pieds. Le malade meurt au bout de quelques jours, dans un état typhoïdique. Des incisions pratiquées au bras gauche et au genou avaient amené l'issue de pus.

A l'autopsie, on trouva de nombreuses collections purulentes dans les muscles du thorax et du cou; une synovite suppurée des gaines de l'avant-bras, des traînées purulentes au niveau des coudes, du pus dans les poignets et les épaules, dans les genoux et les articulations de la hanche. La caisse de l'oreille droite contenait du pus, ainsi que les loges mastoïdiennes. Le lobe inférieur du poumon gauche contenait un petit abcès. Le pus recueilli pendant la vie contenait du streptococcus pyogenes pur, de même le sang pris dans la veine médiane. Le streptocoque a été retrouvé après la mort dans le pus de la gaine synoviale gauche, des abcès du thorax, la plupart des articulations, l'œil droit, la caisse du tympan droit, le sang du cœur et le sac de la rate. Il était associé avec le staphylococcus aureus dans le pus de la gaine synoviale gauche et dans deux articulations; à de nombreuses espèces bactériennes, dans le pus de l'oreille; l'abcès du poumon contenait des pneumocoques.

Les auteurs voient dans ce cas une infection à streptocoque pyogène. La porte d'entrée a été l'oreille droite, qui était le siège d'une suppuration ancienne (15 ans). Ils insistent sur l'association des suppurations synoviales tendineuses et intermusculaires avec les arthrites suppurées. Le sang renfermait pendant la vie des agents virulents, et cependant en dehors de l'inflammation de l'œil droit il n'y a pas eu d'abcès métastatique. H. L.

Périméningite à staphylocoques dorés et pseudo-rhumatisme infectieux à streptocoques pyogènes, par ANTONY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 *février* 1892).

1° Un soldat de 23 ans, de bonne santé antérieure, n'ayant eu ni accident, ni plaie, ni suppuration en aucun point du corps, est pris d'accidents de méningo-myélite ascendante, et meurt au bout de six jours. A l'autopsie on trouva de la troisième vertèbre cervicale jusqu'à la queue de cheval, les parties postérieures et externes de la dure-mère recouvertes d'une couche de pus épaisse d'un demi-centimètre, pus collecté dans une poche unique; les méninges et la moelle étaient comprimées et ramollies. Les autres organes ou viscères étaient sains. Le pus contenait un seul organisme, le staphylococcus pyogenes aureus.

2° Un soldat est pris, le 29 mars, d'oreillons ; le 31, d'orchite ourlienne; le 3 avril, la fièvre tomba, puis reprise le 8, bientôt accompagnée de congestion pulmonaire bilatérale et de douleurs articulaires (hanches, genoux, orteils), de phlébite des jambes, puis d'accidents méningitiques ; malgré des ponctions et incisions répétées dans les articulations qui avaient suppuré, le malade cachectisé, et toujours fébricitant, meurt le 29 juin. Toutes les cultures prises pendant la vie ou après la mort ont donné des colonies de streptococcus pyogenes.

H. L.

Relation d'un cas de bilharziose, contractée en Tunisie et observée à Lyon, par J. BRAULT (*Gaz. hebd. de méd. Paris*, 1891).

L'hématurie était le principal symptôme présenté par le malade. Les urines, de couleur brune, renfermaient des concrétions membraniformes et des concrétions calcaires. A l'examen histologique des dépôts, on constatait les œufs et les embryons de la bilharzia hæmatobia.

Le malade avait contracté sa bilharziose pendant un assez long séjour qu'il avait fait en Tunisie. Cette contrée doit donc être considérée comme faisant partie de la zone géographique où règne la bilharzie.

RICHARDIÈRE.

Contribution à l'étude de la filariose, par MOTY (*Revue de chirurgie*, *n°* 1, *p.* 1, 1892).

Affection parasitaire aseptique, due à la présence dans l'économie de la *filaria sanguinis hominis*, très fréquente dans les colonies ; la filariose se manifeste le plus souvent par une dilatation des ganglions et des troncs lymphatiques de l'aine et du cordon spermatique.

Les lésions semblent dues à l'action irritative des filaires et de leurs embryons sur le système cellulo-lymphatique.

Le diagnostic est possible d'après les données cliniques, mais doit être confirmé par la recherche des embryons dans le sang.

Le traitement interne ne donne pas de résultats; les traitements palliatifs externes sont peu recommandables ; l'ablation des parties hypertrophiées est indiquée en cas de gêne notable.

C. WALTER.

Erysipèle à début insolite caractérisé par une glossite intense; guérison, par H. RENDU (*France méd.*, *n°* 3, *p.* 33, 1892).

Un jeune homme est pris brusquement de frissons, courbature, sécheresse de la bouche et gêne des mouvements de la langue. La déglutition et la parole deviennent impossibles. Les lèvres sont très gonflées et très douloureuses, ainsi que la langue, qui prend une forme globuleuse et par son vo-

lume empêche l'occlusion de la bouche ; la langue est recouverte d'un exsudat fibrineux contenant surtout des streptocoques. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux.

Les jours suivants, la tuméfaction des lèvres et de la langue et les douleurs diminuent, tandis que la fièvre tombe au-dessous de 38°. La langue se dépouille de son épithélium, comme dans une scarlatine.

Mais, pendant ce temps, on voit une plaque d'érysipèle se montrer à l'angle interne de l'œil droit et de là envahir la majeure partie de la face. Cet érysipèle, accompagné des symptômes généraux habituels, évolue comme d'ordinaire. LEFLAIVE.

Plötzliche Todesfälle Fettleibiger (De la mort subite chez les polysarciques, par KISCH (*Wiener medizinische Presse*, 3 *avril* 1892).

Cet auteur a observé à Marienbad, en 1891, trois cas de mort subite chez des polyarciques.

1er *cas.* Homme de 35 ans, alcoolique, pratique le coït après absorption d'une grande quantité de cognac et meurt immédiatement après cet acte.

2e *cas.* Homme de 45 ans, cœur hypertrophié, bruit de galop, alcoolique, meurt subitement après avoir bu un verre de vin.

3e *cas.* Homme de 70 ans, artério-scléreux, meurt à la suite d'une marche forcée.

Kisch estime que la mort subite, chez les polysarciques, n'est précédée d'aucun symptôme morbide ressenti par le patient ; rien non plus ne permet au médecin de pronostiquer une issue fatale à brève échéance. C'est la véritable : *Mors subita inopinata.* CART.

Des troubles de la sécrétion salivaire dans les oreillons, par P. SIMON et V. PRAUTOIS (*Rev. génér. de clin. et de thérapeutique*, n° 15, *p.* 226, 1892).

Pendant la période de résolution des oreillons, on observe souvent une salivation abondante qui, dans certains cas exceptionnels, s'exagère au point de constituer une véritable complication et qui peut persister plusieurs mois après la guérison. La salive sécrétée est plus dense que la salive normale, et la quantité peut atteindre le chiffre de 250 centimètres cubes dans les 24 heures. Le sulfate neutre d'atropine est le médicament de choix à employer pour combattre ces accidents.

G. LYON.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

I. — Ueber die operativen Behandlungsmethoden... (L'opération d'Alquier, d'Alexander et d'Adams pour les déviations de l'utérus en arrière), par DICK.

II. — Discussion de la Société médico-pharmaceutique de Berne (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 23, *p.* 732, 1er *décembre* 1891).

I. — Dans ses 9 opérations d'Alexander, Dick n'a jamais eu de peine à trouver les ligaments ronds; mais il ne les cherche pas à leur sortie de

l'anneau inguinal externe, et procède de la façon suivante : Incision cutanée parallèle au ligament de Poupart; incision de l'aponévrose directement sur l'anneau inguinal interne. Le ligament, qui se trouve immédiatement au-dessous de l'aponévrose, est attiré sur une longueur de 10 à 12 centimètres; son revêtement péritonéal est facilement refoulé en arrière. Une suture, identique à celle de la cure radicale des hernies, ferme l'anneau inguinal interne. Le ligament est attiré par l'ouverture de l'aponévrose qu'on referme par des sutures épinglées à la soie, tandis qu'on fixe le ligament au tissu conjonctif inguinal, sur une longueur de plusieurs centimètres.

L'opération est indiquée dans tous les cas de flexions ou de versions en arrière de l'utérus mobile, plus spécialement quand les pessaires sont mal tolérés (à cause d'un prolapsus des ovaires, par exemple) ou inefficaces, dans les cas d'abaissement de l'utérus par relâchement des ligaments ou insuffisance du plancher périnéal ; mais dans ce dernier cas, on y joindra, bien entendu, une périnéocolpoplastie.

Chez les 9 opérées de Dick, l'utérus est resté en antéversion normale et aucune de ces malades ne souffre plus, aucune n'a eu de hernie inguinale consécutive. L'une de ces femmes a même accouché normalement depuis l'opération, sans que le déplacement de l'utérus se soit reproduit.

Sur 5 de ces femmes, Dick a pratiqué dans la même séance la périnéoplastie et sur l'une, en plus, la colporrhaphie antérieure. Chez deux autres il a fait du même coup la cure radicale de hernies inguinales, bilatérales chez l'une, 4 avaient des rétroflexions simples.

En définitive, Dick préconise le raccourcissement des ligaments ronds comme étant une opération facile, complètement inoffensive et efficace lorsqu'on a affaire à des déviations en arrière non compliquées d'adhérences ni de prolapsus.

II. — Von Werdt cite un cas de rétroflexion qu'il a traité avec succès par le raccourcissement des ligaments ronds, après avoir constaté l'impuissance des pessaires. Pour Conrad, la majorité des opérations proposées contre la rétroflexion, ou bien pèche contre la physiologie, ou bien ne répond pas au but en vue, ou bien encore est dangereuse. Il ne fait exception que pour la ventrofixation et l'opération d'Alexander; celle-ci lui paraît mériter la préférence quand l'utérus est mobile. D'autre part, il a délivré certaines femmes de leurs souffrances dues à une rétroflexion utérine simplement par la suggestion hypnotique ou à l'état de veille. Il est donc possible que dans l'opération, l'effet suggestif contribue à la guérison.

Dumont a fait 3 opérations d'Alexander et il a pu suivre ses opérées assez longtemps (l'une plus de 3 ans) pour en affirmer les bons résultats.

Niehans a également obtenu des succès durables avec cette opération. (R. *S. M.*, XXIII, 575; XXV, 626 et 627; XXVI, 170; XXVII, 564; XXVIII, 184; XXIX, 576; XXX, 178 ; XXXI, 140; XXXIII, 548; XXXIV, 156 et 583 ; XXXV, 178 et 548; XXXVII 179.) J. B.

Complete inversion of the uterus reduced..., par **REID** (*N. York med. journ., p.* 263, 5 *septembre* 1891).

Femme de 26 ans, primipare, accouche à terme le 9 mai, à une heure ; délivrance normale. L'auteur donne une injection d'eau phéniquée chaude,

puis, introduisant le doigt dans la cavité utérine, trouve à droite une tumeur arrondie et pense à une inversion partielle au niveau de l'insertion placentaire.

Le 10, la tumeur a disparu. Dans la nuit, douleurs vives, hémorragie abondante. Le 11, P. 150; T. 102° F.; collapsus, pâleur de la face. L'inversion utérine est complète, l'introduction du doigt dans le vagin est impossible. Tentatives de réduction sans succès, le 11 et le 12.

Le 13, le fond de l'utérus se présente à la vulve; on peut le réduire dans le vagin, mais l'inversion persiste. Progressivement l'organe diminue de volume.

Le 21, on commence le tamponnement systématique du vagin, qu'on renouvelle le 22; le 23, on ajoute à l'ouate deux dilatateurs de Barnes. On change les tampons journellement, et le 26 on constate que l'utérus a repris sa situation normale. L. GALLIARD.

Ueber Retrofixatio colli Uteri retroflexi, par M. SÆNGER (*Centr. für Gyn.*, 44, 1891).

Parmi les opérations nombreuses imaginées pour guérir les rétrodéviations, les auteurs ont surtout donné la préférence à celles qui, agissant directement ou indirectement sur le corps de l'utérus, ont pour but de maintenir l'organe au-dessus de l'excavation vésico-utérine. Sænger pense qu'il est plus logique d'agir sur le col pour le fixer en arrière, comme avec un pessaire, et de rendre ainsi au corps sa mobilité et son inclinaison normale en avant. Plusieurs opérateurs sont entrés dans cette voie, et des procédés différents ont été appliqués. Après plusieurs tentatives infructueuses, Sænger s'est arrêté à l'opération suivante qui ne nécessite aucun avivement.

La malade est couchée sur le dos, le siège élevé, et l'utérus est fortement abaissé par un aide, de façon à ce qu'on ait facilement sous le doigt, par le rectum comme par le vagin, la face postérieure de l'utérus et l'insertion des ligaments utéro-sacrés.

A droite, puis à gauche de la pince qui maintient la lèvre postérieure du col abaissée, on fait, avec une aiguille forte et arrondie, armée d'un fil de soie, la ligature suivante. L'aiguille, guidée par un doigt introduit dans le rectum, pénètre dans la lèvre postérieure du col de bas en haut, jusqu'à la rencontre du ligament utéro-sacré correspondant; elle chemine ensuite en bas et en dedans dans le cul-de-sac de Douglas et est dirigée vers le cul-de-sac postérieur du vagin où elle vient sortir. Les deux extrémités du fil sont solidement liées dans le vagin, pendant qu'une main appliquée sur l'abdomen maintient le corps de l'utérus préalablement redressé.

L'auteur a eu l'occasion de faire six fois cette opération; dans trois cas l'urérus est resté en antéversion persistante; dans un cas il a conservé la même situation qu'au moment de l'opération; dans un cas, il y a eu rétro-position; enfin, dans un cas seulement, la rétroflexion s'est reproduite huit jours après l'opération. CH. MAYGRIER.

Ueber Tubensäcke, eine klinische Studie, par L. LANDAU (*Archiv für Gyn. XL*, 1).

Landau étudie d'abord le mécanisme par lequel se forme la tumeur et les modifications anatomo-pathologiques des parois de la trompe. Les

causes de la formation du liquide résident : 1° dans une rétention de la sécrétion de la muqueuse tubaire, rétention produite par une occlusion quelconque de la trompe (adhérences tubo-ovariques, obstruction de l'orifice utérin, grossesse tubaire) ; 2° dans l'inflammation de la trompe, les salpingites peuvent être produites par différentes espèces de microbes : streptocoques, staphylocoques, gonocoques, bacilles de la tuberculose... Le plus souvent, l'infection se fait par continuité de tissus en suivant le vagin, l'utérus et les trompes.

Dans les salpingites, l'inflammation peut rester limitée à la muqueuse (endosalpingite catarrhale ou purulente, aiguë ou chronique) ou gagner la couche musculaire et la séreuse. Elle se complique alors de périsalpingite et de périovarite.

Symptômes. — Les symptômes de l'hydrosalpinx sont des troubles menstruels, des hémorragies, des coliques tubaires, d'autre part, il y a des phénomènes de compression produits par la tumeur : ténesme vésical et rectal, douleurs lombaires s'irradiant dans les cuisses, affaiblissement des membres inférieurs. Quand la trompe n'est pas complètement obstruée, il peut y avoir des décharges successives ; la tumeur se vide et disparaît pour se reformer ensuite (*hydro-salpinx intermittent*).

Le pyo-salpinx est caractérisé par des douleurs plus vives, ordinairement unilatérales; il se forme une tumeur du volume d'un œuf de pigeon sur les côtés et en arrière de l'utérus. Fréquemment, il y a des nausées et des vomissements. La dysménorrhée est caractéristique (*dysménorrhée tubaire*) ; elle s'accompagne de coliques tubaires, dues à des contractions de la trompe. Telle est la forme aiguë qui passe le plus souvent à l'état chronique, surtout dans le cas où la salpingite est d'origine gonorrhéique. Parfois les seuls signes de la forme chronique sont la stérilité, de légères douleurs et un écoulement grisâtre et épais ; mais, souvent il y a des symptômes plus accentués, souffrances dans les rapports sexuels, hémorragies, douleurs irradiées. Une poussée inflammatoire aiguë peut survenir et se traduit par une élévation de température, de vives douleurs abdominales, du tympanisme et des vomissements. Dans les cas les plus graves, il survient un amaigrissement rapide, des vomissements incoercibles, parfois des signes d'étranglement interne. Si le kyste adhérent vient à s'ouvrir, des fistules variées s'établissent; le plus fréquemment la collection s'ouvre dans le rectum.

Diagnostic. — Landau donne comme signe pathognomonique de l'hydro-salpinx le phénomène suivant : le plus souvent, la tumeur siège en arrière de l'utérus qui est en antéflexion ; or, si on essaie de repousser cet utérus en arrière, on sent une résistance élastique comme si on appuyait l'utérus sur un coussin d'air ou d'eau, et si on cesse la pression, l'utérus reprend immédiatement sa situation première.

Le diagnostic du pyo-salpinx repose sur ce qu'il est habituellement bilatéral et sur sa forme caractéristique en poire ou en cylindre.

Pronostic. — Il dépend du contenu du sac et du nombre des adhérences. L'hydro-salpinx, surtout dans sa forme intermittente, n'est pas dangereux pour la vie. Il en est de même pour le pyo-salpinx quand le pus s'épaissit et tend à se résorber. Toutefois, en dehors de l'hydro et de l'hémato-salpinx, le pronostic reste toujours douteux.

Traitement. — La salpingotomie est contre-indiquée dans l'hydro-salpinx simple. Il suffit quelquefois de redresser l'utérus déplacé pour amener un changement dans la situation de la tumeur et permettre l'évacuation de son contenu et la guérison. En dehors de ce cas, Landau conseille d'avoir recours au massage, combiné aux injections chaudes et aux bains de siège chauds. Il réprouve la dilatation de l'utérus et, quand les moyens précédents ont échoué, il ponctionne la tumeur, de préférence par le vagin.

Dans le pyo-salpinx, il faut se garder du massage et de l'électrolyse, et il faut se rappeler que quelquefois le mal guérit sans intervention. La ponction est insuffisante, et il faut, quand on opère, inciser la tumeur; Landau préfère la voie vaginale à l'ouverture par l'abdomen. On interviendra autant que possible en dehors de toute poussée aiguë, et avec une antisepsie rigoureuse.

Quant à l'hémato-salpinx, il réclame un traitement variable suivant les cas : expectation, quand il ne donne lieu à aucun symptôme inquiétant; incision du sac, si la poche suppure; laparotomie, si la tumeur est récente et détermine des accidents menaçants. CH. MAYGRIER.

Ueber die Bedeutung der gonorrhoischen Infektion für die Entstehung schwerer Genitalaffektionen bei der Frau (Importance de la gonorrhée dans la production des affections génitales graves de la femme), par BUMM (*Centr. für Gyn.*, 22, 1891).

Les recherches de Bumm sur les rapports de l'infection gonorrhéique avec les affections génitales de la femme l'ont conduit aux importantes remarques que voici :

La gonorrhée se comporte chez la femme comme une affection superficielle de la muqueuse. Les microbes ne pénètrent que dans l'épithélium, sans envahir le tissu conjonctif.

L'épithélium, qui tombe au début par le fait de la suppuration, se reforme rapidement, et devient épais et pavimenteux. A partir de ce moment la pénétration des microbes n'a plus lieu, mais ils se multiplient dans les sécrétions, où ils peuvent persister pendant des mois et des années.

Les gonocoques n'ont aucune action dans les processus septiques; ils peuvent produire la sécrétion des muqueuses, mais meurent dans le tissu conjonctif.

Le siège principal de la gonorrhée chez la femme est dans l'urètre et le col. L'infection du col ne détermine de symptômes pénibles qu'au début; quand elle devient chronique, elle peut durer fort longtemps sans aucune manifestation douloureuse. Des phénomènes graves surviennent quand l'infection du col gagne le corps de l'utérus et les trompes.

Cette infection secondaire reconnaît pour causes principales la menstruation, le coït, le cathétérisme intra-utérin, la puerpéralité.

Il est difficile de savoir dans quelles proportions se fait la propagation de l'infection du col aux trompes, parce que les femmes atteintes d'une simple gonorrhée du col négligent souvent de recourir au médecin, qui n'a guère affaire qu'à celles qui ont de l'infection gonorrhéique utérine ou tubaire.

L'auteur a pu suivre 53 cas de gonorrhée depuis le début de l'infection

jusqu'à cinq mois au moins; le col a été infecté 75 fois sur 100; le corps de l'utérus 15 fois sur 100, et les trompes 3.5 sur 100. CH. MAYGRIER.

Traitement de la métrite chronique par le crayon de sulfate de cuivre, par VANGEON (*Thèse de Paris*, 1891).

Ce travail est une apologie du crayon de sulfate de cuivre employé au traitement de la métrite chronique. Ce crayon, composé de parties égales de sulfate de cuivre et de farine de seigle, doit être souple, malléable, et son diamètre ne doit pas dépasser 3 à 4 millimètres; de volume plus considérable, il donne lieu à des douleurs intenses et prolongées.

Son application est subordonnée aux mêmes règles antiseptiques que celle des crayons de chlorure de zinc. Ses avantages seraient les suivants : il ne détermine pas de réelles douleurs, ne donne lieu à aucun accident, et n'amène ni atrésie ni sténose.

A l'appui de cette méthode thérapeutique l'auteur rapporte 42 observations, dont 39 mentionnent la guérison, obtenue en moins d'un mois. Quelques-unes des malades ont été vues ultérieurement et sont restées guéries. OZENNE.

Ueber mechanische Ursachen der Stieldrehung von Ovarialtumoren (Causes mécaniques de la torsion du pédicule des tumeurs de l'ovaire), par CARIO (*Centr. für Gyn.*, 18, 1891).

La question du mécanisme de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire est très obscure.

Après avoir rappelé les idées soutenues par Thorn, Freund, Cario émet l'hypothèse que cette torsion est due à une contraction brusque et subite des muscles abdominaux; sous l'influence de cette sorte de secousse, la masse intestinale change de place, se porte d'un autre côté du ventre et entraîne la rotation de la tumeur sur son axe.

Pour éclairer complètement ce mécanisme, il serait nécessaire, dans les opérations qui sont pratiquées pour torsion de tumeurs, de résoudre les points suivants : 1° établir la configuration des parois abdominales, la structure du bassin, le volume exact et la forme de la tumeur; 2° constater le degré précis de la torsion; 3° déterminer le côté auquel appartient la tumeur et le sens dans lequel s'est faite la torsion; 4° noter aussi exactement que possible la situation des intestins, surtout dans les cas où l'opération suit de près l'accident. CH. MAYGRIER.

Ein Fall von Heilung des Pruritus vulvæ durch den konstanten Strom, par S. CHOLMOGOROFF (*Centr. für Gyn.*, 29, 1891).

Blackwood le premier, puis Campe ont employé l'électricité avec succès contre le prurit vulvaire rebelle. L'excision de la muqueuse vulvaire, proposée par Schrœder, ne réussit pas toujours, et l'application du courant constant est en tout cas beaucoup plus simple et inoffensive.

Cholmogoroff rapporte l'observation d'une femme qu'il a réussi à guérir d'un prurit vulvaire tenace par l'emploi des courants continus. Six séances de 10 à 15 minutes, avec 20 milliampères, ont suffi pour amener cet heureux résultat. CH. MAYGRIER.

Was leistet die Elektrotherapie der Myome? par A. MARTIN et MACKENRODT
(*Deutsche med. Woch.*, *n° 2*, *p.* 25, 1892).

Martin et Mackenrodt ont électrisé 36 malades atteintes de myomes utérins. Les séances ont duré de 3 à 10 minutes, avec des courants dont l'intensité pouvait atteindre 150 milliampères.

Chez 20 malades, les résultats ont d'abord paru favorables : diminution des douleurs, atténuation des hémorragies, amélioration de l'état général ; mais la tumeur n'a diminué de volume que chez huit de ces malades, qui, ayant dépassé 45 ans, atteignaient l'époque de la ménopause. Les 12 autres ont vu reparaître en général, après quelques mois d'euphorie relative, les métrorragies, souvent les douleurs ; et dès lors, au lieu de s'adresser de nouveau à l'électrothérapie, elles préféraient d'autres modes de traitement.

Chez 16 malades, les résultats ont été défavorables : douleurs violentes, nervosité, hémorragies rebelles et, dans trois cas, mort.

Les trois cas mortels sont importants à connaître : le premier se rapporte à une femme de 50 ans qui parut améliorée après 18 séances, mais qui, 3 mois plus tard, à la suite de cinq séances, eut des hémorragies incoercibles et succomba brusquement. Dans le second, il s'agit d'accidents septiques survenus après 29 séances ; la tumeur, ramollie et suppurante, fut enlevée et la malade mourut le lendemain. La tumeur de la troisième patiente se ramollit après 17 séances, d'où péritonite rapidement mortelle.

A ces 36 cas les auteurs en ajoutent 30, dans lesquels les malades, électrisées sans succès par d'autres médecins, sont venues, soit pour consulter seulement, soit pour se faire opérer.

Donc sur ce total de 66 cas, il y a vingt fois amélioration de symptômes (30,3 0/0 des cas) et quarante-six fois résultats nuls ou défavorables (69,7 0/0).

S'appuyant sur ces chiffres, Martin et Mackenrodt repoussent l'usage de l'électricité dans la cure des myomes, puisque l'électrothérapie est impuissante à amener la guérison, ne procure l'atténuation des symptômes que dans 1/3 des cas et, d'autre part, expose à des accidents fâcheux.

Ils s'abstiennent de traitement local quand les symptômes sont sans gravité et se contentent du traitement palliatif, de l'iode et des bains salés. Quand il y a des accidents sérieux, ils opèrent. L. GALLIARD.

I. — Ueber die Anwendung der Electricitaet in der Gynækologie, par ARENDT.

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 47, *p.* 1136, 16 *novembre* 1891).

I. — Arendt a appliqué la méthode de traitement d'Apostoli sur 11 femmes atteintes de fibromes utérins. Les 8 malades soignées pour métrorragies ont toutes bénéficié de l'électricité ; chez 6, les hémorragies ont perdu de leur abondance et les menstrues sont revenues à intervalles réguliers et suffisamment espacés ; la 7e a atteint la ménopause ; enfin, chez la 8e, qui avait déjà subi la castration plusieurs années auparavant à cause de sa tumeur, les métrorragies ont entièrement cessé. Chez 2

des 3 malades ayant des douleurs et des troubles de voisinage, le résultat a été parfait; la 3e a succombé à une péritonite.

Arendt résume ainsi son expérience des courants constants dans le traitement des corps fibreux. Dans la plupart des cas, l'électrothérapie réussit à supprimer les hémorragies et les douleurs. Dans des cas très rares, elle amène la disparition de la tumeur; généralement, elle en diminue le volume. Il n'y a pas lieu de prolonger les tentatives de cure électrique, là où on soupçonne l'existence d'un fibrome malin, d'un fibrome kystique ou d'une inflammation suppurée des organes pelviens et quand la sonde ne peut pénétrer dans la cavité utérine; il faut alors en venir promptement à l'opération. — Arendt a également traité par la cautérisation galvanochimique 18 cas d'endométrite hémorragique et a presque toujours réussi à arrêter très rapidement les pertes sanguines; mais, contrairement à Apostoli, il estime qu'on ne doit s'adresser à l'électrothérapie qu'autant que les abrasions répétées de la muqueuse et toutes les autres médications classiques se sont montrées inefficaces.

Chez 6 femmes atteintes de rétrécissement du col, Arendt a utilisé l'action négative du courant; la dilatation recherchée s'est produite très rapidement, malheureusement le résultat ne se maintient pas et il survient même de l'atrésie. Pour prévenir ces suites fâcheuses, après chaque séance, il introduit de la gaze iodoformée dans le canal cervical; le temps seul dira si la guérison ainsi obtenue sera durable.

Arendt a encore traité de la même façon 3 femmes atteintes d'aménorrhée (chez les vierges, il est contraire à tout traitement mécanique). Chez 2 d'entre elles, le succès a été si prompt qu'il suppose que la sonde eût donné les mêmes résultats. Chez la troisième, une femme très obèse de 30 ans, ni 4 semaines de gymnastique, ni 20 séances d'électrothérapie n'ont provoqué l'apparition des règles.

Quant à l'ovarialgie, le traitement par les courants faradiques a donné de bons résultats à Arendt qui s'en étonne d'autant moins qu'il pense que dans la plupart des cas, il s'agit en réalité de péri-ovarites dont la résorption est activée par la faradisation.

II. — Veit et Schaeffer ont traité électriquement une quarantaine de fibromes utérins et, dans les deux tiers des cas, ils ont obtenu une amélioration plus ou moins marquée. Quant à la rétrocession complète de ces tumeurs, sous l'influence des courants, Veit n'y croit guère et pense qu'on a le plus souvent commis une erreur de diagnostic, consistant à prendre pour un corps fibreux des anses intestinales adhérentes à l'abdomen et distendues par des matières fécales. En revanche, il a vu les contractions provoquées par l'électricité amener l'expulsion par le vagin de fibromes utérins. En somme, l'électrolyse est un agent thérapeutique très actif, mais il y a des cas dans lesquels elle ne conduit que lentement au but désiré et d'autres dans lesquels elle ne réussit qu'à augmenter les hémorragies.

Broese est d'avis que dans l'emploi intra-utérin des courants galvaniques, il faut distinguer soigneusement les effets du pôle positif de ceux du pôle négatif, qui sont très différents, le positif agissant essentiellement comme hémostatique. Les 20 femmes atteintes de fibromes utérins ont toutes été délivrées de leurs hémorragies, et il en est plusieurs dans le nombre chez lesquelles ce résultat persiste depuis 2 ou 3 ans;

4 ont eu des rechutes au bout de 9 à 12 mois, mais une nouvelle cure électrique, moins prolongée que la première, a fait cesser les pertes. Avec le pôle positif, Broese n'a guère noté de diminution de volume des tumeurs ; mais, plusieurs fois il a constaté que la cavité utérine se raccourcissait de quelques centimètres et que les tumeurs devenaient plus dures et plus superficielles ; enfin, une fois, il a constaté l'expulsion d'un fibrome.

Chez 9 femmes, au contraire, il a introduit dans l'utérus le pôle négatif. Chez l'une, il a vu disparaître graduellement la tumeur, qui avait la grosseur du poing ; au bout de 8 mois, elle était réduite aux dimensions d'une noix, et actuellement elle n'est plus appréciable. Chez 2 autres de ces malades, la tumeur n'a pas diminué, mais il y a eu cessation des douleurs et des phénomènes de compression. Enfin, chez les 5 dernières, il y a eu diminution véritable et durable des tumeurs. Mais l'emploi du pôle négatif est beaucoup plus dangereux que celui du pôle positif, parce qu'il peut donner lieu à de la périmétrite et à de violentes hémorragies.

Pour l'endométrite fongueuse, Broese donne la préférence au traitement chirurgical qui conduit au but plus rapidement. Dans les rétrécissements du col traités par les courants galvaniques, il s'est convaincu que le succès n'est que passager et qu'il faut en revenir au cathétérisme.

L'électrothérapie s'est montrée très efficace en cas de névralgies de l'ovaire dont Broese, contrairement à Arendt, admet l'existence, puisqu'on les rencontre chez des jeunes filles vierges n'ayant jamais eu de péritonite ; en général, la faradisation a des effets très rapides chez ces malades ; sinon il est inutile de la continuer au delà de 6 ou 7 séances.

Broese a eu aussi à se louer de l'emploi des courants galvaniques dans le prurit vulvaire. Il a procédé, suivant les préceptes de von Kampe, appliquant le pôle positif sur la vulve et promenant le négatif (avec des courants de 6 à 8 milliampères au plus) sur les parties prurigineuses. L'application du pôle positif sur les places prurigineuses exacerbe au contraire les souffrances.

Enfin Broese reconnaît la puissance de la galvanofaradisation pour provoquer des mouvements péristaltiques énergiques, qui amènent même de la diarrhée chez les femmes atteintes de constipation chronique.

En revanche, Rosenheim n'a pas été aussi heureux dans ses tentatives de cure de la constipation par l'électricité, aussi reste-il fidèle au massage, qui lui paraît le souverain remède. J. B.

Zur Exstirpatio Uteri myomatosi abdominalis, par CHROBAK (*Centr. für Gyn.*, 35, 1891).

Chrobak décrit un procédé d'hystérectomie abdominale pour myomes auquel il donne le nom de rétro-péritonéal. Il consiste dans la technique suivante : Après avoir incisé l'abdomen, attiré la tumeur au dehors et réséqué les ligaments comme dans l'extirpation totale, l'opérateur dissèque et décolle avec soin deux lambeaux péritonéaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, l'un plus grand que l'autre ; cette dissection est poursuivie jusqu'au niveau du col. Alors, si la tumeur est volumineuse, application d'un lien élastique, ou, si la tumeur ne s'y oppose pas, ligature des artères utérines. Le col est sectionné à 1 centimètre environ des

culs-de-sac vaginaux. Cautérisation énergique de la cavité cervicale avec le Paquelin; suture du col. Les deux lambeaux péritonéaux sont ensuite rabattus et réunis par une suture séro-séreuse ; comme ils sont de longueur inégale, leur ligne de réunion ne correspond pas à la réunion du col qui est ainsi complètement recouvert par le péritoine. Le vagin est tamponné à la gaze iodoformée.

Ce procédé de traitement rétro-péritonéal du pédicule présente quelques difficultés et rend l'opération plus longue; mais il donne d'excellents résultats. L'auteur l'a employé 17 fois. Dans 15 cas, la guérison s'est faite sans incidents au bout de 17 à 28 jours ; dans 2 cas l'issue favorable a été seulement retardée par des abcès périmétritiques qui se sont fait jour dans le vagin. CH. MAYGRIER.

The growth of fibroid tumors of the uterus after the menopause (Accroissement des fibromes utérins après la ménopause), par J. T. JOHNSON (*Amer. journ. of obst.*, *décembre* 1891).

Se basant sur 4 observations personnelles, Johnson résume son travail dans les considérations suivantes : 1° la *règle*, donnée dans les traités classiques, que les fibromes cessent de s'accroître après la ménopause, présente plus d'exceptions qu'on ne le croit généralement; 2° quand les fibromes s'accroissent après la ménopause, ils ont une marche beaucoup plus grave qu'antérieurement; 3° ils subissent alors fréquemment la dégénérescence kystique, calcaire, ou deviennent le siège d'abcès; 4° ces complications réclament une intervention chirurgicale, et les malades se trouvent dans de moins bonnes conditions générales qu'auparavant pour la supporter; 5° si ce qui précède est exact, il en résulte que les fibromes doivent être traités de bonne heure, et que les chirurgiens doivent recourir plus fréquemment à une opération radicale.

D'ailleurs, entre les mains des meilleurs opérateurs, la mortalité de l'hystérectomie supra-vaginale n'est presque pas plus élevée que celle de l'ovariotomie. CH. MAYGRIER.

Zwillingsgeburt... (Accouchement gémellaire et kyste ovarique ; rupture secondaire du kyste ; laparotomie ; guérison), par M. KOEHLER (*Wien. med. Presse*, *n°* 49, 1891).

Femme de 29 ans, ayant eu, au quatrième mois de la grossesse, des menaces d'avortement, accouche à terme de deux jumeaux qui se présentent, l'un et l'autre, par le sommet.

Pendant les suites de couches, pleuro-pneumonie, fièvre. On constate un kyste de l'ovaire gauche, gros comme une tête d'adulte, fluctuant. Quatre mois après l'accouchement, la taille mesure 102 centimètres.

Avant le jour fixé pour l'ovariotomie, accès de collapsus, douleurs atroces, pouls filiforme. On diagnostique la rupture du kyste.

Laparotomie immédiate ; la sérosité épaisse s'écoule en grande quantité de l'abdomen. On trouve un kyste multi-loculaire avec adhérences épiploïques. La trompe contient du pus. Extirpation du kyste. Drainage de la cavité de Douglas à l'aide d'une mèche iodoformée. On est obligé de laisser dans la cavité abdominale une quantité considérable de liquide kystique. Au bout de quinze jours, l'opérée part guérie. L. GALLIARD.

Ovaro-salpingite morbilleuse, par GALLIARD (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 *avril* 1892).

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, qui au décours d'une rougeole intense, fut prise de nausées, vomissements, douleur du ventre, surtout à la fosse iliaque droite, avec état général grave ; les symptômes péritonitiques s'accentuant, on pratique la laparotomie qui mit à jour une collection purulente péritonéale, la malade mourut quatre jours après l'opération. On trouve à l'autopsie une péritonite purulente généralisée, avec adhérences des anses intestinales; dans le bassin à droite, une masse de fausses membranes englobant l'ovaire et la trompe, l'ovaire droit présentait une cavité purulente ouverte, et deux petits abcès clos; la trompe contenait du mucopus. A gauche, ovaire et trompe sains, de même pour l'utérus et le vagin. Le pus contenait des streptocoques. Galliard conclut à une ovarite suppurée ouverte dans le péritoine, d'où péritonite généralisée. H. L.

Zur Kenntniss der Neubildungen der Scheide (Les néoplasmes du vagin), par STRASSMANN (*Centr. f. Gyn.*, 41, 1891).

Les tumeurs de nature conjonctive ou musculaire sont rares dans le vagin. Neugebauer en a réuni 35 cas, et Kleinwächter 53. En 1886, Breisky a rapporté 5 nouvelles observations, dont une personnelle, une de Herrmann, une de Carwell et deux de Gaye. Il faut y ajouter les cas de Greco, Frienkel et Hartenpflug.

Strassmann a observé deux cas nouveaux dans le service de Löhlein.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 41 ans, mariée, mais stérile. Elle présentait sur la cloison recto-vaginale deux petites tumeurs dures, de la grosseur d'un pois, très douloureuses, qu'elle attribuait à la présence, en ce point, d'une épingle qu'elle avait avalée un an et demi auparavant. Ces deux tumeurs furent enlevées sous le chloroforme par une incision faite à la muqueuse vaginale. L'examen démontra qu'il s'agissait de fibromes calcifiés.

Dans le second cas, une femme de 34 ans avait, depuis neuf mois, à la vulve, une tumeur du volume d'un œuf de poule : cette tumeur était implantée par une base large sur la paroi antérieure du vagin. Elle fut enlevée, et on constata qu'elle offrait la structure d'un fibrome mou et très riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques. CH. MAYGRIER.

De la périnéorraphie pratiquée immédiatement dans tous les cas de déchirures vagino-périnéales, par G. BARBIER (*Thèse de Paris*, 1892).

Attachant une grande importance à la résistance du plancher pelvien, croyant d'autre part que l'infection se produit le plus souvent à la suite des déchirures du périnée quelque petites qu'elles soient, l'auteur est d'avis qu'il faut suturer les bords des déchirures périnéales dans tous les cas. Il rapporte 71 cas de périnéorraphie exécutée peu de temps après l'accouchement à la maternité de Tenon.

Dans un cas se produisit une fièvre assez peu intense ; dans l'autre, la femme succomba. Autrement les suites de couches furent apyrétiques.

PORAK.

Ueber Anwendung des Hydrastinin bei Gebärmutterblutungen (Sur l'emploi de l'hydrastinine contre les hémorragies utérines), par **EMANUEL** (*Therap. Monats., décembre* 1891).

E... prescrit le chlorhydrate d'hydrastinine en capsules de gélatine de 0,025 à raison de 4 par jour. Il suffit souvent de 4 à 8 capsules pour obtenir un résultat. Il n'y a pas d'effets secondaires fâcheux; contrairement au seigle ergoté, l'hydrastinine agit seulement sur les petits vaisseaux de la muqueuse.

24 fois sur 48 cas, il y eut arrêt de l'hémorragie en 24 à 30 heures; le moyen échoua dans 4 cas d'hémorragies liées au fibromyome. Les autres cas concernaient des affections des annexes ou de la muqueuse utérine. P. TISSIER.

Hydrastinin bei Gebaermutterblutungen, par Karl ABEL (*Berlin. klin. Wochens., n° 3, p.* 47, 18 *janvier* 1892).

L'administration par la bouche ne lui ayant pas donné de bons résultats, Abel pratique des injections sous-cutanées, sur les côtés du bas-ventre, avec une solution aqueuse à dix pour cent du chlorhydrate d'hydrastinine dont il injecte de demi à 1 gramme.

Dans les ménorragies, il fait, dans chaque semaine intercalaire, une injection hebdomadaire de 50 centigrammes, et, durant la période menstruelle, une injection quotidienne de 1 gramme. Dès qu'il y a amélioration, il supprime ces dernières injections.

En cas de métrorragies à retours irréguliers, le traitement doit être plus énergique: chaque semaine de 2 à 4 injections de 1 gramme et, pendant les règles, chaque jour, une injection semblable.

Dans 3 cas d'hémorragies tenant à des corps fibreux de l'utérus, les résultats n'ont pas été meilleurs qu'avec l'ergotine.

Contre les hémorragies utérines secondaires à une inflammation chronique des ligaments larges, l'efficacité de l'hydrastinine est plus marquée et plus constante que contre celles liées à une salpingite suppurée.

Enfin, Abel a employé, avec succès et sans inconvénient, les injections d'hydrastinine dans 3 cas d'hémorragies de l'utérus gravide.

Il conclut que l'hydrastinine est supérieure aux hémostatiques utérins et qu'elle restreint les indications du raclage et même de l'ablation des annexes. Mais comme l'action de cette médication ne se produit qu'au bout d'un certain temps, on ne peut y recourir contre les hémorragies aiguës (*R. S. M.*, XXXVI, 495 et 564; XXXIX, 512). J. B.

I. — Hydrastinin bei Gebärmutterblutungen (De l'hydrastinine dans les hémorragies utérines), par CZEMPIN (*Centr. für Gyn.*, 45, 1891).

II. — Hydrastinin bei Gebärmutterblutungen, par E. FALK (*Ibidem*, 49, 1891).

I. — Depuis près d'une année, Czempin a employé l'hydrastinine chez 52 malades, chez quelques-unes à plusieurs reprises, pour arrêter des hémorragies. En éliminant 5 cas sujets à discussion, il en reste 47 qui se répartissent ainsi:

Dans 12 cas, il s'agissait d'une endométrite hémorragique consécutive à une inflammation plus ou moins aiguë des annexes: cinq fois le

résultat fut parfait; trois fois assez bon; deux fois il y eut plein succès pour une première hémorragie, et demi-résultat pour des pertes ultérieures ; deux fois, le médicament ne produisit aucun effet.

Dans 20 cas, il y avait endométrite chronique. L'effet produit fut excellent dans 13 cas, médiocre dans les 6 autres, nul dans le dernier.

Chez 4 femmes atteintes de fibro-myomes, l'hydrastinine ne produisit aucune action hémostasique.

Enfin, dans 11 cas, il s'agissait d'états congestifs de l'utérus; quatre fois il y avait un retour de règles très abondantes après un accouchement (2 cas) et après un avortement (2 cas); sept fois l'hémorragie s'était produite chez des vierges après une longue aménorrhée. Dans tous ces cas, le résultat obtenu fut aussi bon que possible.

II. — Falk a expérimenté également l'hydrastinine dans les hémorragies utérines : en janvier 1890, il a traité par ce moyen 28 cas, comprenant des endométrites hyperplasiques, des dysménorrhées congestives et il a obtenu d'excellents résultats.

Plus récemment, il a employé cet agent dans 13 cas de myomes de variable grosseur;l'usage continué du médicament amena une sédation des hémorragies, et particulièrement des règles prolongées.

Falk a encore observé récemment l'action hémostatique de l'hydrastinine dans des cas d'endométrite, de paramétrite, et d'hémorragies purement congestives.

Tandis que le seigle ergoté agit en faisant contracter l'utérus, l'hydrastinine exerce avant tout son action sur les parois des vaisseaux ; aussi est-elle surtout indiquée dans les hémorragies liées à des troubles congestifs de l'utérus et de ses annexes. CH. MAYGRIER.

I. — Diagnose der Carcinoma corporis uteri, par HOFMEIER (*Centr. für Gyn.*, 22, 1891).

II. — Zur Diagnose der Carcinoma corporis uteri, par LEOPOLD (*Ibidem*, 22, 1891).

I. — Après un court historique et une définition du carcinome qu'il sépare de l'adénome malin, Hofmeier expose ses propres recherches sur le cancer du corps de l'utérus. Il n'est pas rare que ce carcinome tire son origine de l'épithélium superficiel; il prend alors les caractères du cancer alvéolaire; les néoformations épithéliales peuvent cependant s'invaginer aussi dans la profondeur : la coïncidence de ces lésions superficielles et invaginées montre bien qu'elles ne sont que les degrés différents d'un même mode de développement. — Quand le cancer débute d'emblée dans les glandes, il y a d'abord un stade adénomateux, puis les productions épithéliales détruisent lentement l'utérus. La musculeuse n'est envahie que tardivement. Les lésions de la muqueuse sont tellement caractéristiques que leur présence suffit pour imposer le diagnostic.

C'est chez des multipares ou chez des femmes ayant eu peu d'enfants, souvent après la ménopause, qu'on observe le cancer du corps. Des hémorragies, des pertes sanieuses, accompagnées de coliques utérines en sont les principaux symptômes. L'exploration manuelle ne fournit aucun signe caractéristique ; le cathétérisme utérin peut être très utile;

mais c'est surtout sur l'examen anatomique de parcelles enlevées de la tumeur que doit se baser le diagnostic : cet examen seul permet de reconnaître la forme alvéolaire ou glandulaire du cancer. L'endométrite en différerait en ce que l'épithélium glandulaire présente également partout des modifications; dans le cancer, les lésions épithéliales sont très irrégulières et beaucoup plus profondes.

II. — Les recherches de Leopold sont basées sur l'examen de 71 utérus cancéreux dont il a fait l'ablation. Dans 44 cas le cancer siégeait au-dessous de l'orifice interne, et dans 27 cas au-dessus. Voici les conclusions auxquelles l'auteur a été conduit par ses examens microscopiques :

Le cancer utérin, quel que soit son siège, est toujours d'origine épithéliale; il consiste en une néoformation épithéliale atypique et le cancer utérin siège le plus habituellement au-dessous de l'orifice interne et a bien plus souvent pour point de départ l'épithélium du museau de tanche ou *portio* que celui du canal cervical; un grand nombre de cancers dits du col sont des cancers du museau de tanche; d'ailleurs le traitement de ces deux variétés est le même : l'extirpation totale. — Le cancer du museau de tanche est moins rare qu'on ne l'a admis : le cancer primitif du col semble pourtant avoir son origine dans l'épithélium plat de la *portio.* — Dans le cancer de la *portio,* il existe ordinairement en même temps du côté du corps une inflammation chronique, quelquefois une infiltration cancéreuse.

Le carcinome du corps est presque toujours superficiel, rarement sous forme de noyaux. Les lésions débutent par un épaississement de la muqueuse, puis les glandes s'hypertrophient, et les néoformations vasculaires se produisent dans les couches les plus internes de la musculeuse. L'épithélium prolifère sous forme de nappes ou d'alvéoles; l'accroissement se fait en dedans et en dehors, et détruit peu à peu les fibres musculaires. — Les productions épithéliales forment des papilles extrêmement vasculaires, aussi le cancer du corps doit-il être désigné histologiquement sous le nom de cancer papillaire ou de papillome. — Le terme d'adénome malin est erroné : l'adénome est en effet une affection glandulaire bénigne : quand les glandes sont prises atypiquement, il n'y a plus adénome mais cancer du corps. — C'est avant tout le microscope qui permet de faire le diagnostic de cancer du corps ; les principaux éléments du diagnostic histologique sont : les altérations papillaires des glandes, les néoformations vasculaires, la destruction des fibres musculaires.

CH. MAYGRIER.

Das traubiche Sarcom der Cervix uteri (Le sarcome acineux du col de l'utérus), par J. PFANNENSTIEL (*Archiv f. pathol. Anat., CXXVII*, 2).

P. décrit sous ce nom une tumeur du col de l'utérus; elle avait la configuration d'un immense polype qui proéminait jusqu'aux grandes lèvres. Le pédicule et les grains de la tumeur étaient constitués par du tissu conjonctif jeune, ayant par places l'apparence du tissu muqueux. Dans l'intérieur de certains grains se trouvaient des îlots de tissu cartilagineux. Le revêtement épithélial était formé de cellules cylindriques à plusieurs assises.

La tumeur fut enlevée à trois reprises, mais elle récidiva chaque fois.

P. est d'avis qu'il faudrait dans les cas semblables pratiquer l'ablation totale de l'utérus. ÉD. RETTERER.

Du cancer primitif de la cloison recto-vaginale, par FORTERRE (*Thèse de Paris*, 1892).

Dans l'extirpation des cancers primitifs de la cloison recto-vaginale, les procédés opératoires, jusqu'alors usités, ne peuvent éviter la formation d'un cloaque recto-vaginal; c'est pour se soustraire à cet écueil que l'auteur préconise le procédé suivant, mis heureusement en pratique par Leprévost. En voici la technique, dont l'un des temps consiste dans la restauration du vagin au moyen d'un lambeau périnéal.

Dans un premier temps on dissèque un lambeau semi-lunaire comprenant toute la hauteur du périnée, dont le bord convexe confine à l'anus et dont le bord concave embrasse la fourchette. Ce lambeau est constitué par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. La fourchette reste intacte, mais la muqueuse vulvaire est divisée en avant des caroncules myrtiformes, de telle sorte que le lambeau est complètement libre et flottant dans sa partie moyenne, tandis que, par ses extrémités, il se continue avec les grandes lèvres.

Le deuxième temps comprend l'ablation au bistouri de toute la cloison depuis le voisinage du cul-de-sac postérieur jusques et y compris la circonférence antérieure du sphincter anal.

Enfin, dans un troisième temps le lambeau périnéal est attiré en arrière à la rencontre du cul-de-sac postérieur du vagin, et suturé au catgut. Le lambeau regarde le vagin par sa face cruentée et le rectum par sa face cutanée. Pour rendre à l'anus largement béant des dimensions à peu près normales, il suffit d'abaisser par glissement la paroi antérieure du rectum et de la fixer par quelques crins de Florence à la plaie périnéale. OZENNE.

Erfahrungen ueber die vaginale Totalexstirpation des Uterus wegen maligner Erkrankung desselben, par A. GUSSEROW (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 47, *p.* 1125, 16 *novembre* 1891).

De 1882 à 1891, Gusserow a traité environ 1,350 cancers ou sarcomes utérins pour lesquels il a fait 67 fois l'hystérectomie totale par le vagin et 4 fois l'hystérectomie, par laparatomie, selon la méthode de Breisky et de Freund (ouverture préalable des culs-de-sac vaginaux). Il évite d'ailleurs autant que possible cette dernière opération. 3 de ces opérées sur 4 ont succombé; chez 2 d'entre elles, le cancer du col se compliquait de tumeurs fibreuses et chez la 3e, d'épanchements tubaires. La 4e, qui ne présente pas trace de récidive depuis 5 ans et demi qu'elle est opérée, avait un cancer énorme du corps et un vagin très étroit. N'ayant pu compléter l'hystérectomie vaginale, Gusserow se hâta de faire la laparotomie à cause d'une hémorragie profuse.

Des 67 femmes opérées par le vagin, 7 sont mortes et toutes de septicémie, soit une mortalité de 10,4 0/0. Parmi les 60 guéries, il en est 10 dont l'hystérectomie est trop récente pour en tenir compte actuellement et 11 sur lesquelles on manque de renseignements.

Des 39 femmes restantes, 16 n'ont pas encore de récidive; 12 ont succombé à une récidive et 1 à une pyélo-néphrite remontant à l'opéra-

tion, mais qui n'a entraîné la mort (sans récidive du cancer) que 3 ans plus tard; enfin les 11 dernières survivantes offrent une récidive.

Parmi les 16 qui n'ont pas encore de récidive, 1 est opérée depuis 8 ans, 1 depuis 4 1/2 ans, 2 depuis 3 ans, 5 depuis 2 ans, etc.

Parmi les 12 femmes emportées par une récidive, 4 ont survécu de 1 an à 1 an et demi, et 2 autres 1 an; les 7 autres sont mortes de 4 à 7 mois après l'opération. Enfin, parmi les 11 vivantes qui offrent actuellement une récidive, celle-ci s'est montrée chez 9 d'entre elles de 2 à 9 mois après l'opération, chez une autre au bout de 1 an et chez la dernière au bout de 17 mois. Donc, dans bon nombre de ces cas, il ne s'agit pas, à proprement parler, d'une récidive, mais bien du développement ultérieur de noyaux inaccessibles à l'œil, vu leur petitesse.

Entre les 67 hystérectomies vaginales, il s'en trouve 12 pratiquées pour affections malignes du corps de l'utérus, savoir : 9 cancers de la muqueuse et 3 sarcomes. 2 de ces 12 opérées ont succombé à la septicémie. Gusserow ne possède de renseignements que sur 7 des autres : 4 sont encore parfaitement portantes après un laps de temps compris entre 2 3 ans; 1 est opérée depuis 5 mois seulement et les 2 autres ont succombé, l'une, sans récidive, à une pyélo-néphrite au bout de 3 ans, l'autre au bout de 2 mois et demi à un sarcome vulvo-vaginal. J. B.

Ueber die Combination der Exstirpatio uteri vaginalis mit plastischen Operationen im Becken, par A. MARTIN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 45, *p.* 1085, 2 *novembre* 1891).

Martin a pratiqué chez 22 femmes l'hystérectomie vaginale totale suivie immédiatement d'opérations plastiques portant sur le vagin ou sur le plancher pelvien : 11 de ces opérations ont eu lieu pour cancers, 8 pour prolapsus et 3 pour fibromes de l'utérus. Une seule des opérées n'a pas guéri, enlevée le 16e jour par une embolie de l'artère pulmonaire.

La technique opératoire varie avec les circonstances. L'espace de Douglas est ouvert, soit par une incision longitudinale sur la face postérieure de l'utérus procident, soit par l'incision transversale du cul-de-sac vaginal postérieur. Le péritoine et le cul-de-sac vaginal sont suturés l'un à l'autre avant d'exciser le col, ou bien l'ablation du col est pratiquée à l'aide d'une incision circulaire et après ligature des parties qui devront être sectionnées. Suivant les cas, il est plus commode tantôt de séparer d'abord le ligament large, tantôt de faire la section de l'utérus en avant ou en arrière. Après l'ouverture du péritoine, Martin applique toujours des ligatures au catgut sur les tissus qu'il veut enlever. Lorsque cela ne présente pas de difficultés, il enlève en même temps les ovaires. Enfin, au lieu de recourir au drainage comme jadis, il referme maintenant le plancher pelvien en suturant le bord du péritoine à celui du vagin. Les moignons des ligaments larges sont placés dans les culs-de-sac vaginaux. Une fois l'utérus enlevé et la plaie suturée, Martin opère le prolapsus, à l'aide de colporraphies antérieures et postérieures. J. B.

Des résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale dans le cas de cancer de l'utérus, par TERRIER et HARTMANN (*Rev. de chirurgie*, *n°* 4 *p.* 295, 1892).

Terrier et Hartmann apportent dix-huit observations nouvelles d'hys-

térectomie vaginale pour cancer, et ajoutent les résultats de ces opérations à ceux des dix-huit premières observations déjà publiées en 1888 par Terrier.

La mortalité opératoire a été dans ces deux séries, de 23 1/2 0/0.

L'opération ne semble pas plus grave lorsqu'elle est palliative que lorsqu'elle a pour but une extirpation complète. Terrier et Hartmann conseillent l'hystérectomie toutes les fois que l'utérus est mobile, alors même que les culs-de-sac vaginaux sont envahis ; on peut, après l'opération, extirper le cul-de-sac vaginal malade.

La récidive s'est montrée dans 70 0/0 des cas. Ordinairement rapide, elle ne s'est manifestée parfois qu'au bout d'un temps assez long, seize mois, deux ans et plus.

Enfin, 30 0/0 des opérées semblent définitivement guéries.

C. WALTHER.

Le service d'accouchements à la Charité, par P. BUDIN (*Revue d'hyg. et police sanit., XIII*, 1035, *novembre* 1891).

Suite de la statistique reproduite *R. S. M.*, XXXI, 539. De 1887 au 1er octobre 1891 il a été pratiqué à la Charité 2,653 accouchements qui ont fourni 30 décès. 6 de ces morts sont dues à la septicémie puerpérale dont 3 provenant du dehors Les autres décès comprennent 5 éclampsies, 3 hémorragies, 3 ruptures utérines, 1 perforation utérine, 2 intoxications mercurielles, etc. Le travail de Budin renferme la description du nouveau service d'accouchements. J. B.

Notes et observations cliniques, par BOISSARD (*In*-8°, *Paris*, 1891).

Dans la première partie de son travail, l'auteur étudie *l'état et la menstruation chez les femmes qui allaitent.*

Chez 15 nourrices qu'il a observées, 4 seulement n'eurent pas leurs règles pendant les six premiers mois de l'allaitement, 4 eurent leurs règles irrégulièrement, 7 eurent une menstruation régulière. L'auteur en conclut que la menstruation est beaucoup plus commune chez les nourrices qu'on ne l'admet ordinairement. Il pense que l'allaitement existant en même temps que la menstruation, est une condition d'affaiblissement préjudiciable à la mère, même lorsque l'enfant se porte bien, comme cela est observé d'habitude.

Dans la seconde partie, l'auteur étudie *les enfoncements et les fractures produites sur le crâne du fœtus pendant l'accouchement.* Dans leur production trois facteurs doivent surtout être pris en considération : le degré du rétrécissement et la forme du bassin, le degré d'ossification de la tête fœtale, l'emploi du forceps. Les enfoncements s'accompagnent certainement de fractures des deux tables de l'os lésé. La survie de l'enfant avec ou sans disparition de l'enfoncement, est généralement observée. Quoique ces lésions, lorsqu'elles persistent, compromettent souvent d une façon grave l'intelligence des sujets, l'auteur pense qu'on ne doit chercher à redresser l'enfoncement que dans les cas où la vie est en danger. Il a fait construire pour pratiquer cette opération une sonde cannelée spéciale. Les expériences cadavériques ont démontré que cette opération est d'une exécution relativement facile. PORAK.

De l'allaitement maternel, considéré surtout au point de vue des galactogogues, par Mme GRINIETWICH (*Thèse de Paris*, 1892).

Le galega sous forme de préparation pharmaceutique, l'ortie comme fourrage, le cumin, l'anis, le fenouil ont été administrés à des vaches laitières et ont augmenté d'une façon manifeste le rendement de la sécrétion du lait, sans en modifier la composition chimique. Le galega et l'ortie donnés sous forme d'extrait à la femme semblent avoir obtenu le même résultat favorable, mais d'une façon plus douteuse. L'électricité paraît avoir joui d'une action galactogène manifeste. PORAK.

De la prophylaxie des abcès du sein pendant la grossesse et pendant l'allaitement, par H. PINGAT (*Thèse de Paris*, 1891).

Les crevasses, la lymphangite, les abcès du sein sont devenus rares depuis le traitement antiseptique. On peut, par des nettoyages minutieux, des pansements antiseptiques du sein avant et après l'accouchement diminuer dans une proportion notable ces accidents. Les solutions boriquées habituellement employées ont une action certaine ; les résultats obtenus avec les solutions de sublimé corrosif au 1/5000e sont un peu meilleures.

Le traitement en vigueur à la clinique d'accouchement a permis d'établir la statistique suivante :

Avec les pansements boriqués sur 1,235 accouchements, on observa 20 lymphangites (1,6 0/0), 63 crevasses, 4 abcès (0,32 0/0); avec les pansements hydrargyriques sur 1,727 accouchements on observa 54 crevasses, 31 lymphangites (1,8 0/0), 3 abcès (0,18 0/0), mais il se produisit 14 fois des éruptions hydrargyriques. P.

Entwickelung und Rückbildung der Decidua (Développement et régression de la caduque), par G. KLEIN (*Centr. für Gyn.*, 22, 1891).

Les meilleures conditions pour étudier le développement de la caduque sont d'examiner les utérus gravides de deux mois ou les grossesses tubaires de même date. Malheureusement, ces pièces sont rares. La régression de la caduque peut être plus facilement constatée, soit sur des lambeaux de muqueuse utérine expulsés après la mort d'un fœtus extra-utérin, soit sur des placentas normaux ou pathologiques, soit sur des débris de muqueuse extraits artificiellement après un avortement.

C'est sur des préparations de ce genre qu'ont porté les recherches de Klein, qui résume ainsi les résultats qu'il a obtenus :

1° L'atrophie de l'épithélium de la surface et des glandes du corps de l'utérus et des trompes est un phénomène caractéristique de la grossesse ;

2° Les cellules de la caduque sont des cellules du tissu conjonctif, et elles proviennent des cellules rondes de la muqueuse normale du corps de l'utérus et des trompes. Leur présence n'est nullement caractéristique de la grossesse ;

3° La nécrobiose ou nécrose lente des cellules de la caduque est très vraisemblablement une des causes de l'accouchement, l'œuf devenant alors un véritable corps étranger. CH. MAYGRIER.

La pneumonie pendant la grossesse, par FLATTÉ (*Thèse de Paris*, 1892).

Travail basé sur la critique de 234 observations, dont quelques-unes inédites.

La pneumonie acquiert pendant la grossesse une gravité plus grande. La mortalité s'élève en effet à 31 0/0. Le danger est d'ailleurs d'autant plus grand que la grossesse est plus avancée. Dans les six premiers mois la mortalité qui n'est que de 23,4 0/0, s'élève dans les trois derniers mois à 36,9 0/0. L'aggravation de la pneumonie pendant la grossesse est due à l'altération du sang, aux modifications circulatoires, à l'expulsion du fœtus et surtout au surmenage du cœur.

La pneumonie est une cause fréquente de l'interruption de la grossesse (55,4 0/0). Cet accident est d'autant plus à craindre que la grossesse est plus avancée. L'avortement est observé 44,7 0/0, tandis que l'accouchement prématuré survient 63,9 0/0. C'est de plus une condition aggravante du pronostic, la mortalité est observée dans ces cas 38,9 0/0. Mais tandis qu'il est rare que la mort survienne dans les premiers mois avant l'expulsion du fœtus 4,2 0/0, elle se produit plus souvent dans les derniers mois avant l'accouchement 35 0/0. L'interruption de la grossesse est due à la fièvre, à l'accumulation d'acide carbonique dans le sang maternel et à la mort primitive du fœtus.

Le pronostic est plus grave pour l'enfant que pour la mère, puisque la mort est constante avant sa viabilité et que dans les derniers mois elle est observée 39,7 0/0. Le nouveau-né lui-même après sa naissance n'est pas exempt de tout risque.

Il semble démontré que dans certains cas des localisations multiples du pneumocoque, spécialement au poumon, ont pu se produire chez le nouveau-né, soit que le microbe ait traversé le placenta, soit qu'il ait passé dans le lait.

L'accouchement artificiel et toute intervention énergique dans le cas de pneumonie chez une femme enceinte sont absolument contre-indiqués.

PORAK.

Carcinoma colli uteri als Geburtskomplication, par LOEHLEIN (*Centr. f. Gyn.*, 10, 1891).

Une femme de 43 ans, multipare, présente, dès le quatrième mois de la grossesse, des hémorragies. Elle arrive à terme, et on constate seulement alors une tumeur cancéreuse du col, qui occupe toute la lèvre postérieure. La dilatation marche très lentement; l'enfant étant vivant, tout est préparé en vue d'une opération de Porro. Mais le col finit par s'ouvrir assez largement, aux dépens de ses portions saines, pour qu'on puisse faire une application de forceps et extraire un enfant vivant de 2,500 grammes. Les suites de couches sont normales et, 18 jours après l'accouchement, Löhlein pratique l'extirpation totale par le vagin. Guérison.

L'auteur fait suivre cette observation de considérations sur la conduite à tenir en cas de dystocie par cancer du col. Il insiste surtout sur ce qu'on doit, lorsque l'accouchement a eu lieu spontanément, pratiquer l'hystérectomie vaginale aussitôt que possible. CH. MAYGRIER.

I. — Zur Frage des Einflusses der Ventrofixation uteri auf spätere Schwangerschaft (De l'influence de l'hystéropexie sur les grossesses ultérieures), par GOTTSCHALK (*Centr. f. Gyn.*, 8, 1891).

II. — Ueber Schwangerschaft nach konservativer Ventrofixation uteri retroflexi, par SAENGER (*Ibidem*, 16, 1891).

III. — Schwangerschaft und vaginale Ligatur (Grossesse et ligature vaginale), par SCHUECKING (*Ibidem*, 20, 1891).

I. — Gottschalk rapporte l'observation d'une femme de 28 ans, ayant eu déjà trois enfants, qui était atteinte d'un kyste ovarique intraligamentaire, compliqué de rétroflexion. Il fit l'ablation du kyste et fixa l'utérus à l'angle inférieur de la plaie. La femme guérit, et l'utérus resta situé dans sa nouvelle position. Il eut occasion de la revoir et de constater, un an plus tard, un début de grossesse. Mais, dès la sixième semaine, des douleurs de ventre apparurent, puis des hémorragies, et un avortement s'en suivit.

L'examen, pratiqué après la fausse couche, montra que l'utérus était toujours en antéversion et adhérent à la paroi abdominale ; le col, très élevé, difficile à atteindre, présentait les particularités suivantes : tandis que sa lèvre antérieure était épaisse, la postérieure était très mince. Le même fait fut constaté par le toucher et le palper combinés sur le corps utérin lui-même, dont la paroi antérieure était beaucoup plus volumineuse que la postérieure. L'auteur attribue cette différence à la gêne apportée au développement de la face antérieure de l'utérus par les adhérences utéro-abdominales. L'organe s'était développé presque exclusivement aux dépens de sa face postérieure.

De ce fait, il conclut que la ventro-fixation peut être un obstacle à l'évolution normale d'une grossesse et devenir une cause d'avortement.

II. — Saenger a pratiqué 19 fois la ventro-fixation, 14 fois avec ablation des annexes malades, 5 fois avec conservation des annexes.

Sur ces cinq dernières opérées, deux sont devenues enceintes. L'une a eu une première grossesse qui s'est terminée par un avortement à six mois, puis une deuxième qui a évolué jusqu'à terme ; on a dû faire une version au cours de laquelle l'enfant a succombé.

L'autre est devenue enceinte quatre mois après une opération et est accouchée à terme, normalement, d'un enfant vivant. Cette femme, réexaminée au bout d'un an, avait l'utérus en antéversion, mobile, mais encore fixé à la paroi abdominale.

Se basant sur ces faits et sur ceux d'Olshausen, Klotz, Sperling, Baudouin, Vlaccos, Jacobs, l'auteur remarque que le nombre des cas de conception après l'hystéropexie est grand, et il admet que l'opération n'exerce aucune influence fâcheuse sur la marche de la grossesse et sur l'accouchement.

Il considère que dans le cas de Gottschalk l'avortement est imputable à d'autres causes.

En résumé, chez 18 opérées avec conservation des annexes, il y a eu 11 grossesses : 9 ont été à terme, 2 seulement ont été interrompues. — Ces faits s'expliquent facilement, car Saenger admet que l'utérus, après sa fixation, s'éloigne peu à peu de la paroi abdominale et peut rentrer dans le bassin ; les adhérences qui le fixent ne sont cependant pas rompues, mais elles sont transformées en cordons fibreux, qui lui laissent une certaine mobilité.

III. — Schücking a recherché également quelle était l'influence de l'opération qu'il a préconisée pour la cure de la rétroflexion, la ligature vaginale (voir *R. S. M.*, XXXII, p. 543, et XXXVI, p. 159) sur les grossesses ultérieures. Sur 217 femmes qui ont été opérées par ce procédé, 23 ont eu consécutivement des grossesses normales.

L'auteur affirme que la ligature vaginale est absolument inoffensive, que son effet est certain et durable, et qu'elle n'offre aucun danger pour la conception et la gestation.

Il maintient, quoiqu'en dise Saenger, que la ventro-fixation, opération toujours sérieuse, peut amener l'interruption des grossesses survenues après cette intervention. CH. MAYGRIER.

Hyperemesis gravidarum, ptyalismus, hysterie (Vomissements incoercibles, ptyalisme et hystérie), par F. AHLFELD (*Centr. für Gyn.*, 17, 1891).

Kaltenbach ayant émis devant la Société d'obstétrique de Berlin l'opinion que les vomissements incoercibles de la grossesse sont une manifestation de l'hystérie, Ahlfeld réclame la priorité de cette idée, qu'il a soutenue depuis 1881. Il a publié, à cette époque, un cas où cette étiologie n'était pas douteuse, et il en a observé d'autres analogues ultérieurement. Sur cinq femmes atteintes de vomissements et de ptyalisme, deux étaient manifestement hystériques.

Pour Ahlfeld, les vomissements et le ptyalisme ne sont, chez beaucoup de femmes enceintes, que l'exagération d'une névrose réflexe due à la grossesse et entretenue par elle. Chez les femmes facilement excitables et atteintes d'affections chroniques de l'estomac, ces manifestations nerveuses peuvent devenir très intenses et provoquer des vomissements incoercibles.

Aussi traite-t-il ces malades comme des hystériques : il les éloigne de leur demeure, de leur famille, de leur mari, et les isole ; il leur évite toute cause d'excitation cérébrale et s'efforce de leur imposer un genre de vie et une hygiène capables d'amener la cessation des crises hystériques. CH. MAYGRIER.

Étude sur les formes anormales de l'utérus gravide. Leur influence sur la grossesse, l'accouchement, la délivrance, par BOURRUS (*Thèse de Bordeaux* 1891).

L'utérus ne se développe pas symétriquement. Une de ses moitiés latérales prend ordinairement plus de volume que l'autre. L'obliquité latérale décrite par tous les auteurs n'est donc le plus souvent qu'apparente. Cependant l'accroissement du volume d'une des moitiés de l'utérus peut entraîner un véritable déplacement du même côté. Mais bien loin d'être la règle, cette inclinaison latérale est exceptionnelle.

La forme de l'utérus est non l'effet, mais la cause des présentations vicieuses et, à ce sujet, l'auteur rapporte plusieurs observations intéressantes et inédites.

Dans un de ces cas, il s'agissait d'un utérus bicorne, la grande corne mesurait 32 centimètres, tandis que la petite ne mesurait que 22 centimètres au-dessus du pubis. Le fœtus, tout d'abord contenu en totalité dans la grande corne, est en situation régulière. Mais bientôt la tête de l'enfant s'engageant dans la petite corne, présente d'abord l'épaule, puis au moment de l'accouchement la face. Ces présentations ne pouvaient pas être transformées en une présentation du sommet.

C'est encore à ces vices de conformation que l'auteur rapporte la récidive, à plusieurs grossesses successives, de présentations vicieuses telles que l'épaule ou le siège. Il en fournit des observations inédites concluantes et des faits tirés de la littérature médicale.

Dans les utérus bicornes, l'inégalité des contractions entraîne la lenteur du travail.

Enfin, l'auteur insiste sur la présence du placenta dans l'une des cornes de l'utérus et la contraction possible de fibres musculaires à l'ouverture de la corne. Il pense que c'est à cette disposition qu'il faut rapporter tous les faits d'enchatonnement de l'utérus, autrement inexplicables. L'inertie de l'utérus dans ces cas donnera encore l'explication des hémorragies graves, signalées quelquefois. PORAK.

Étude clinique et statistique sur le traitement des bassins viciés depuis l'antisepsie obstétricale, par Attarian CAVACACH (*Thèse de Paris*, 1892).

Statistique provenant de l'hôpital des cliniques et comprenant 281 cas de bassins viciés sur 6,596 accouchements. Entre 8 centimètres et 9 centimètres, on a compté 10 cas; en 9 centimètres et 10 centimètres, 72 cas; entre 10 centimètres et 11 centimètres, 158 cas; rétrécissements non évalués, 41 cas. L'accouchement eut lieu spontanément 131 fois; mortalité maternelle, 0; mortalité des enfants, 7.

La version fut employée dans l'accouchement spontané, 9 fois; mortalité maternelle, 0; mortalité des enfants, 5. Elle fut employée dans l'accouchement provoqué 9 fois; mortalité maternelle, 0; mortalité des enfants, 6.

Le forceps fut utilisé dans l'accouchement spontané, 37 fois et dans l'accouchement provoqué, 12 fois; mortalité maternelle, 1 fois; mortalité des enfants, 15 fois.

L'embryotomie fut pratiquée 24 fois, 2 fois sur l'enfant mort, 22 fois sur l'enfant vivant; mortalité maternelle, 4 fois.

On a provoqué 72 fois l'accouchement avec une mortalité maternelle nulle et une mortalité infantile de 9 cas. PORAK.

Die Anwendung der Zange aus nachfolgenden Kopfe (Application de forceps sur la tête dernière), par STÆDLER (*Arch. f. Gyn.*, *XL*, 1).

L'extraction manuelle de la tête dernière est presque universellement préférée au forceps. En Allemagne, on a surtout recours aux procédés dits de Smellie-Veit (manœuvre de Mauriceau), de Winckel, etc. Cependant un certain nombre d'auteurs préconisent l'emploi du forceps; ce sont particulièrement Kormann, Fischer et Credé. Sur 4 extractions avec le forceps, Kormann a eu 1 enfant mort (25 0/0 de mortalité); sur 20, Fischer a eu 7 enfants morts (35 0/0 de mortalité); sur 16, Credé a perdu 4 enfants (mortalité, 25 0/0).

L'auteur rapporte dans un tableau détaillé 10 observations nouvelles de Bischoff. Dans ces 10 cas, où le forceps fut appliqué sur la tête dernière, 2 enfants seulement succombèrent, ce qui ne donne que 20 0/0 de mortalité.

Tous ces faits montrent l'utilité de l'emploi du forceps dans ces conditions; on doit surtout y recourir quand les moyens manuels échouent, car on peut espérer extraire un enfant vivant alors que la craniotomie paraissait être le seul moyen de terminer l'accouchement. CH. MAYGRIER.

Zur Entstehung des Kephalhaematoma externum, par HUETER (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 3, *p.* 41, 18 *janvier* 1892).

La fréquence du céphalhématome après application de forceps s'explique d'après Hueter de la façon suivante :

La tête étant au détroit supérieur et la suture sagittale en travers, on applique l'instrument de manière que ses cuillères portent l'une sur le front, l'autre sur l'occiput. Une fois la tête amenée dans le petit bassin, les cuillères doivent être déplacées pour qu'en cas d'une première position du sommet, le forceps se trouve appliqué suivant le deuxième diamètre oblique et vice-versa. La cuillère qu'on conduit vers la partie antérieure du bassin se trouve toujours posée sur l'un des frontaux. Le déplacement de cette cuillère est parfois assez difficile et, dans les efforts nécessaires, on décolle à la fois les parties molles du crâne et le péricrâne, condition indispensable à la production d'un céphalhématome, qui s'est ainsi formé sous les yeux de Hueter. Depuis lors, pour éviter cet accident, il a renoncé à déplacer les cuillères du forceps sur la tête fœtale et préfère désarticuler et réappliquer l'instrument en ayant soin d'introduire la cuillère antérieure directement en place, en abaissant fortement le manche.

D'autre part, quand l'extraction fœtale est laborieuse, l'instrument peut glisser, peut se déplacer sur le crâne et voilà encore une circonstance favorable au céphalhématome, pour peu que la personne chargée de laver l'enfant procède avec peu de ménagements ; Hueter a observé aussi un fait de ce genre (*R. S. M.*, VI, 190 ; VII, 628 ; XI, 704 ; XIII, 212 ; XV, 248 ; XXII, 610 et XXIII, 631). J. B.

Ueber das Verhältnis zwischen Nierenleiden, veissen Infarkten und habituellem Absterben der Frucht (Relations entre les affections rénales, les infarctus blancs et la mort habituelle du fœtus), par L. MEYER (*Centr für Gyn.*, 15, 1891).

Les relations des affections du rein avec les lésions placentaires ne paraissent pas aussi absolument démontrées que le veut Fehling. L. Meyer en donne la preuve dans les remarques suivantes :

1° L'albuminurie gravidique peut évoluer sans déterminer la mort du fœtus et sans qu'il y ait d'infarctus placentaires ;

2° En dehors de la syphilis, on peut observer la mort habituelle du fœtus sans qu'il y ait albuminurie et sans qu'il y ait d'infarctus blancs ;

3° On peut constater la présence d'infarctus dans le placenta en dehors de toute albuminurie et sans que le fœtus ait succombé.

Les modifications des reins ne sont donc pas la cause inévitable des deux autres symptômes : infarctus et mort habituelle.

La relation est peut-être la même ici que pour l'éclampsie. L'affection rénale n'est pas, comme on l'a cru, la cause des convulsions ; mais les lésions des reins et les convulsions ont probablement toutes deux une même origine, ou bien certaines anomalies dans le fonctionnement du filtre rénal sont-elles nécessaires pour que l'agent nocif qui provoque l'éclampsie puisse développer son action. CH. MAYGRIER.

Macération chez un fœtus vivant, par SCHUHL (*Revue méd. de l'Est*, *p.* 193 1892).

Une femme de 23 ans, enceinte pour la quatrième fois, accouche au hui-

tième mois d'un fœtus vivant qui succombe quelques minutes après sa naissance. Ce fœtus mesure 47 centimètres, l'abdomen est volumineux, il n'existe pas d'œdème ; les pieds et les mains sont complètement dépouillés de leur épiderme. L'épiderme manque également sur la moitié inférieure de la jambe droite, au tiers inférieur de la jambe gauche, sur quelques points des cuisses des avant-bras, de la verge, de l'abdomen et de la joue gauche. Le derme au niveau de quelques-unes des dénudations de l'abdomen, a une coloration *rouge foncé*, dans les autres parties dénudées il a une couleur *rose pâle*. PIERRE PARISOT.

I. — Ueber Iodoformgazetamponade bei Blutungen post partum, par Victor STAEHELI (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 21, p.* 650, 1er *novembre* 1891).

II. — Die Tamponade des Uterus nach Dührssen bei Blutungen post partum, par Alfred GŒNNER (*Ibidem, n°* 24, *p.* 1780, 15 *décembre* 1891).

I. — Dans le service de Mueller, de Berne, Staeheli a eu recours dans 49 cas d'hémorragies puerpérales, au tamponnement de l'utérus par la gaze iodoformée, recommandé par Dührssen (*R. S. M.*, XXXI, 593) ; chaque fois, la perte de sang s'est immédiatement arrêtée et il n'y a jamais eu d'accidents d'intoxication iodoformée.

Aussi Staeheli considère-t-il ce tamponnement comme l'hémostatique le plus sûr dans les cas suivants : hémorragies par atonie utérine, par blessures inaccessibles ou saignant trop pour qu'on ait le temps d'en faire la suture, enfin par hémorragies venant de la profondeur et d'une source non reconnue.

Quand il s'agit d'atonie simple ou de blessures peu considérables, on ne laisse le tamponnement que 24 heures ; dans les autres cas, on ne le retire qu'au bout de 48 heures.

II.—Goenner publie un fait où le tamponnement de Dührssen s'est montré inefficace. Femme atteinte de rétrécissement scoliotique ; accouchement facile par le forceps ; immédiatement après, forte hémorragie par atonie utérine ; délivrance artificielle. Les injections d'ergotine, le champagne, le camphre et l'éther, les injections chaudes étant impuissants à arrêter la perte de sang, Goenner pratique le tamponnement de l'utérus avec la gaze iodoformée, en appliquant sur le fond de l'organe un sac de sable maintenu par un bandage. L'hémorragie continuant, il enlève ce premier tamponnement et en fait un deuxième aussi serré que possible, mais tout aussi infructueux. La flaccidité de l'utérus ne disparut, ainsi que l'hémorragie, qu'à la suite de frictions manuelles continuées toute la nuit. Depuis lors Goenner a renoncé au tamponnement en cas d'atonie utérine et a toujours eu à se louer d'y avoir substitué le massage utérin. En revanche, il n'est pas l'adversaire du tamponnement dans les déchirures du col qu'on ne peut suturer. J. B.

De la conduite à tenir dans le cas de procidence du cordon ombilical, par BOYER (*Thèse de Paris*, 1892).

L'auteur insiste sur la gravité du pronostic de la procidence du cordon même lorsque les membranes sont intactes et combat l'opinion des accoucheurs qui préconisent dans cette circonstance l'expectation.

Il faut toujours chercher à réduire le cordon prolabé. La réduction manuelle est très supérieure à la réduction instrumentale.

Si on ne peut maintenir la réduction de la procidence, de deux choses l'une, ou la présentation est vicieuse et il faut faire la version, ou bien c'est une présentation du sommet et il faut appliquer le ballon de Champetier et intervenir par l'opération indiquée dès que la dilatation du col est complète. PORAK.

Du curetage précoce dans l'infection puerpérale, par CHARRIER (*Arch. de méd., août* 1891).

Le curetage est une opération d'urgence dans l'infection puerpérale. Il est indiqué lorsque la température dépasse 390, quand il existe des frissons, si ces symptômes ont un point de départ utérin. La dilatation du col utérin n'est pas nécessaire, en raison des conditions physiologiques spéciales de l'utérus. Le curetage doit être fait lentement et doucement. Il doit être suivi du tamponnement de l'utérus.

Le curetage est indiqué dans les infections quelle qu'en soit la gravité. RICHARDIÈRE.

Ein Fall von Tetanos puerperalis, par HEINRICIUS (*Centr. f. Gyn.*, 33, 1891).

Femme de 25 ans, amenée le 9 janvier 1891 à la maternité d'Helsingfors. D'une bonne santé habituelle ; mariée depuis un an. Elle a fait une fausse couche de deux mois en juillet 1890. Actuellement, elle a eu ses règles pour la dernière fois au commencement d'octobre 1890 ; à la fin de novembre, douleurs et pertes sanguines qui cessent bientôt. Les mêmes phénomènes se renouvellent le 1er janvier 1891, un médecin est appelé, constate tous les signes d'un avortement et place une sage-femme auprès de la malade.

La sage-femme pratique des touchers fréquents ; elle constate que, le 2 janvier, le col qui s'était un peu entr'ouvert se referme ; le 5, les douleurs cessent, le col est refermé. Le 7, un écoulement fétide apparaît, et la femme est prise de contracture de la mâchoire. Puis la parole devient difficile, et il survient de la raideur de la nuque.

Le jour de l'entrée, la raideur s'est généralisée à tout le dos, il y a de la constriction du larynx. Malgré le chloroforme et le chloral, et l'antisepsie vaginale faite immédiatement, il se produit plusieurs accès de contractures ; le corps est en opisthotonos. Le 10 janvier, curetage de l'utérus : on ramène des caillots et des débris ovulaires. Chloral et morphine. La mort survient le 11 janvier, et la température, qui est alors de 39°,6, continue à s'élever et, une heure après la mort, atteint 40,°2.

A l'autopsie, œdème pulmonaire, congestion intense des centres nerveux. L'utérus est plein de caillots et contient un petit polype ; le microscope démontre l'existence de villosités choriales.

L'auteur pense que le tétanos, auquel a succombé cette femme, lui a été communiqué par le médecin et la sage-femme, qui tous deux venaient de donner leurs soins à un enfant atteint de tétanos. CH. MAYGRIER.

Prognose und Therapie der puerperalen Eklampsie, par H. LOEHLEIN (*Centr. für Gyn.*, 23, 1891).

Les recherches de Löhlein ont porté sur un grand nombre de cas d'éclampsie provenant des principales cliniques allemandes. Sur 52,328 accouchements, du 1er avril 1888 au 1er octobre 1890, il y a eu 325 fois de l'éclampsie. C'est à la maternité de la Charité que la proportion a été la plus considérable : 1 sur 67 femmes ; c'est à Vienne qu'elle a été la moindre : 1 éclampsie sur 318 accouchements.

Des 325 femmes éclamptiques, 63 ont succombé à l'éclampsie, 14 à des complications diverses. La mortalité est donc de 19,38 0/0, et l'auteur fait remarquer qu'elle est inférieure à celle qu'indiquent les statistiques antérieures. C'est chez les primipares atteintes de convulsions après l'accouchement que la mortalité a été la moindre (11,6 0/0); chez les multipares, éclamptiques avant l'accouchement, la mortalité a été la la plus considérable (29,4 0/0).

Parmi les 248 femmes qui ont survécu, on a observé des affections consécutives : 13 fois des psychoses, qui ont presque toujours guéri, 5 fois des pneumonies, 3 fois des pleurésies ; enfin 22 fois des affections rénales persistantes, dont 11 néphrites chroniques.

On a dû intervenir dans 71 cas sur 100; le forceps a été appliqué 108 fois; la version a été faite 19 fois, l'embryotomie 13 fois; on a provoqué l'avortement 2 fois et pratiqué 7 opérations césariennes. Cette dernière opération à été faite 5 fois post mortem, 1 fois chez une femme mourante, et 1 fois avec plein succès pour la mère et l'enfant.

Les indications de l'opération césarienne sont difficiles à préciser. Löhlein pense qu'elle doit être réservée aux cas où tous les traitements échouent pour arrêter les accès, où la vie de la femme est gravement menacée (dyspnée, asphyxie, ictère) et où cependant l'enfant reste vivant.

Si l'on s'en rapporte à la statistique, ce serait la morphine à haute dose qui serait le meilleur traitement. Dans 8 cliniques où on a eu recours à ce moyen, la mortalité n'a été en effet que de 13,8 0/0, tandis que dans les autres maternités elle a été de 14,38 0/0. CH. MAYGRIER.

Untersuchungen über Puerperaleklampsie, par SCHMORL (*Berlin. klin. Wochens., n° 44, p.* 1081, 26 *octobre* 1891).

Schmorl a pratiqué l'examen macroscopique et microscopique de 17 cas d'éclampsie puerpérale. Dans 15 d'entre eux, on voyait déjà, à l'œil nu, dans le foie, des foyers multiples, plus ou moins vastes, de nécrose que, au point de vue de leur structure histologique, on doit diviser en nécroses hémorragiques et nécroses anémiques. Dans les deux derniers cas, les nécroses n'étaient reconnaissables que sous le microscope, et la veine porte était thrombosée jusque dans les radicules de la veine mésaraïque.

Deux cas compliqués d'ictère offraient les lésions de l'atrophie jaune aiguë du foie, à part la diminution de volume de l'organe, qui faisait défaut.

Les reins présentaient une tuméfaction trouble ou une nécrose des épithéliums ; dans un cas, une métamorphose graisseuse que Schmorl attribue à la chloroformisation prolongée; une fois, une calcification, comme dans l'empoisonnement par le sublimé. Schmorl y a trouvé, en outre, dans les vaisseaux, des thrombus hyalins et des thrombus des plaquettes, et, dans trois cas, des embolies graisseuses dans les anses glomérulaires.

Dans le cœur, se voyaient des hémorragies, une thrombose des petits vaisseaux et tous les stades de la dégénérescence du myocarde.

Le cerveau offrait des hémorragies visibles à l'œil nu, dans les méninges, la substance corticale et les ganglions centraux, avec les

ramollissements secondaires qui en sont la conséquence. Sous le microscope, les petits vaisseaux étaient généralement oblitérés par des thrombus hyalins, et dans leur voisinage se trouvaient de petites hémorragies multiples ou des foyers de ramollissement.

Les poumons contenaient de vastes embolies graisseuses.

Schmorl n'a pas constaté la dégénération graisseuse des cellules hépatiques que Juergens regarde comme l'une des principales sources des embolies graisseuses du poumon. En revanche, il a trouvé dans le cerveau et les reins des embolies de cellules hépatiques ; mais, contrairement à Juergens et à Klebs, il ne croit pas qu'elles aient franchi les capillaires pulmonaires ; d'autre part, l'oblitération du trou ovale excluait leur provenance du côté opposé ; il admet qu'il s'agit là d'embolies veineuses rétrogrades. Les petits vaisseaux pulmonaires offraient constamment des thromboses et hémorragies étendues. Dans les artérioles et les capillaires du poumon, il a découvert la présence de cellules géantes ; leur coexistence en grand nombre dans le sang du cœur et dans les veines utérines lui fait supposer qu'elles peuvent provenir des villosités choriales. Il s'agissait ici d'une femme morte pendant ou immédiatement après l'accouchement. Les autres organes ne contenaient pas de cellules géantes, parce qu'en raison de leurs dimensions elles sont arrêtées dans les capillaires pulmonaires. Schmorl croit que les thromboses jouent un grand rôle dans la pathogénie de l'éclampsie. J. B.

Intoxication par le sublimé corrosif chez les femmes en couches, par SEBILLOTTE (*Thèse de Paris*, 1891).

Étude très complète, basée sur 118 observations, dont une partie inédites. Les susceptibilités individuelles à l'intoxication mercurielle dépendent des conditions rendant l'absorption plus facile ou l'élimination plus difficile.

Une injection sous pression d'une solution dans l'utérus passe dans le torrent circulatoire, non en traversant les trompes, mais en pénétrant directement dans les sinus utérins. L'inertie utérine, la rétraction du col favorisent donc l'absorption. Le vagin n'absorbe pas, lorsqu'il est sain, mais il se laisse distendre par le liquide de l'injection, soit à cause de sa flaccidité après l'accouchement, soit à cause de la constriction des muscles de la vulve ou du releveur de l'anus ; le poison peut en conséquence s'introduire dans la cavité utérine. La rétention du placenta et des membranes, en s'imprégnant de la solution, comme le ferait une éponge, facilite l'intoxication ; d'où sa fréquence à la suite de l'avortement et des délivrances incomplètes. Les plaies constituent aussi un mode d'absorption fréquent, ce qui explique la fréquence des accidents chez les primipares.

L'insuffisance de l'élimination a une part importante dans l'étiologie ; elle comprend l'albuminurie en première ligne, la constipation, qui gêne l'élimination intestinale si importante, la saison chaude, qui modère l'excrétion urinaire.

Au point de vue anatomo-pathologique, les lésions rénales et intestinales sont les plus importantes.

La symptomatologie comporte une forme grave et une forme légère. L'auteur étudie particulièrement les érythèmes hydrargyriques et joint à

sa thèse des planches très bien faites, représentant ces manifestations.

Le diagnostic, le pronostic et le traitement se déduisent facilement des considérations précédentes. L'auteur conseille en particulier l'emploi des bains prolongés, qui, en facilitant d'une façon suffisante l'excrétion cutanée, favorisent surtout la diurèse. PORAK.

Des accidents provoqués par les injections intra-utérines en obstétrique. Etude clinique, par R. SILVESTRE (*Thèse de Paris*, 1892).

Les accidents consécutifs aux injections intra-utérines sont exceptionnels, mais méritent d'être connus et interprétés.

Tantôt les femmes sont prises dans l'heure qui suit l'injection, de symptômes généraux plus ou moins accusés, caractérisés par des tintements d'oreilles, quelquefois de la surdité, de l'obnubilation de la vue, des éblouissements, du vertige et à un degré plus marqué d'une tendance lipothymique avec pâleur de la face, refroidissement des extrémités, etc. D'autres fois on observe des douleurs plus ou moins vives, mais quelquefois très intenses dans le ventre avec contraction de l'utérus. Ces phénomènes plus ou moins accusés s'accompagnent de frissons et de fièvre. Ils sont ordinairement dus à des phénomènes nerveux réflexes.

On constate assez souvent des hémorragies utérines, ordinairement peu abondantes et de durée assez courte. Elles existent seules, ou s'accompagnent de convulsions cloniques ou de crises comparables à celles de l'hystéro-épilepsie; dans d'autres circonstances de phénomènes de délire maniaque. Dans certains cas, ces accidents s'accompagnent manifestement de pénétration du liquide dans les sinus utérins, mais d'autres fois ils paraissent résulter de troubles nerveux réflexes.

Les cas de syncope mortelle, survenant subitement ou à la suite de troubles convulsifs sont très rares. Les autopsies ont permis de les ranger dans trois catégories selon qu'elles ont été négatives, qu'on a constaté dans le système circulatoire la pénétration de l'air ou des matières qui ont servi à l'injection. La mort n'a suivi la pénétration du liquide dans les sinus utérins qu'à la suite de l'usage du perchlorure de fer. Les autopsies négatives forcent d'admettre la possibilité de la mort subite par le mécanisme de l'inhibition. PORAK.

De la symphyséotomie, par CHARPENTIER (*Bull. acad. méd.*, 15 *mars* 1892).

D'une étude sur l'histoire de la symphyséotomie, Charpentier tire la conclusion suivante :

Pratiquée dans les bassins de 85 à 66 millimètres, cette opération donne des résultats excellents. Elle permet de sauver presque à coup sûr la mère et l'enfant; elle a son champ bien limité, ses indications bien nettes entre l'accouchement prématuré et l'opération césarienne, et associée à la première de ces interventions, elle permet de sauver les enfants pour ainsi dire condamnés à une mort certaine.

Comme l'opération césarienne, l'embryotomie deviendra une opération d'exception, et c'est elle surtout que la symphyséotomie doit faire disparaître. OZENNE.

The steps of the cœsarean section, par H. A. KELLY (*Amer. journ. of obst., mai* 1891).

Ce mémoire est l'exposé de la technique à suivre pour pratiquer une opération césarienne : c'est un résumé de la description de l'opération moderne conservatrice d'après Sænger.

Nous signalerons surtout les fautes ou erreurs contre lesquelles Kelly prémunit le lecteur.

On ne doit plus se servir de solutions antiseptiques pour les mains ou les instruments dès que l'opération est commencée ; on n'en introduira pas non plus dans la cavité abdominale. On ne doit user que d'eau pure, distillée, et qui a bouilli une demi-heure. On n'amènera pas l'utérus hors du ventre avant d'avoir extrait l'enfant, à moins qu'on ne craigne que le contenu utérin ne soit septique. On n'incisera pas le placenta s'il est inséré sur la face antérieure de l'utérus ; on le décollera pour aller rompre les membranes un peu plus loin. On ne perdra pas de temps à enlever les débris de caduque adhérents à la face interne de l'utérus.

L'opération césarienne conservatrice est contre-indiquée quand l'utérus est déjà infecté. C'est alors à l'opération de Porro qu'il convient d'avoir recours. On évitera de se servir de catgut pour aucune suture : ses dangers et son insuffisance sont démontrés. On n'emploiera pas la suture continue pour l'utérus.

Le drainage de la cavité abdominale doit être rejeté. On ne pratiquera pas, après l'opération, d'injections vaginales, le vagin ayant dû être préalablement soigneusement désinfecté.

Enfin, tout a dû être préparé soigneusement et complètement avant l'opération, de façon qu'il n'y ait pas de temps de perdu, et que tous les temps de l'intervention puissent se succéder aussi rapidement que possible. CH. MAYGRIER.

Opération césarienne et ostéomalacie, par GUÉNIOT (*Bull. acad. méd.*, 9 *février* 1892).

Guéniot cite le cas suivant comme un exemple d'ostéomalacie, rapidement guérie à la suite d'un accouchement césarien. Il s'agit d'une multipare, enceinte de 8 mois au moment où elle entra à la Maternité ; à cette époque elle était pâle, décharnée, très faible et souffrait d'atroces douleurs dans toute la portion du squelette comprise entre la septième vertèbre dorsale et l'extrémité inférieure des fémurs.

Le bassin étant profondément vicié, on pratiqua l'opération césarienne au terme de la grossesse, en laissant la malade en possession de ses trompes et de ses ovaires. L'enfant, extrait vivant, a survécu.

Après l'opération, dont les suites furent absolument apyrétiques, les douleurs du squelette persistèrent pendant deux semaines, puis, peu à peu elles s'atténuèrent et deux mois après l'hystérectomie la malade marchait facilement ; son état général a continué à s'améliorer, et au bout de quelques semaines la guérison a été définitive. OZENNE.

Zur Frage der Behandlung der Osteomalacie durch Kastration, par HOFMEIER (*Centr. f. Gyn.*, 12, 1891).

Il s'agit d'un nouveau cas d'ostéomalacie, traitée par la castration. Cette

fois, la femme est nullipare. La maladie, très accentuée, s'est développée depuis 3 ans, à la suite de grandes fatigues. A la suite de l'opération, amélioration considérable : l'ostéomalacie est définitivement enrayée. Les ovaires, examinés au microscope, ont présenté des lésions atrophiques manifestes. Ils étaient presque entièrement transformés en tissu conjonctif, et bien que l'épithélium germinatif existât encore par places, on ne trouvait que de rares follicules de Graaf avec leur ovule.

Cette opération est la 21e, si l'on s'en rapporte à la dernière publication de Fehling, qui a relevé 20 castrations pour ostéomalacie.

Dans aucun cas, l'influence très favorable de l'intervention sur la marche de l'affection n'a manqué de se produire. CH. MAYGRIER.

Beiträge zur Anatomie... (Contribution à l'anatomie des grossesses ectopiques), par Th. DOBBERT (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXVII*, 3).

Dobbert eut l'occasion d'étudier un œuf humain provenant d'une grossesse tubaire (4e à 5e semaine de la gestation).

La caduque de la trompe se compose de grosses cellules déciduales, ressemblant à des éléments épithéliaux. A la surface de la caduque et en rapport intime avec elle se trouvent des villosités choriales et des cellules géantes.

Les cellules déciduales sont d'origine conjonctive : au voisinage des amas que forment les cellules déciduales, on voit des cellules conjonctives plus abondantes, plus grosses et granuleuses; quelques-unes de ces dernières ont perdu leur aspect fusiforme et sont devenues ovalaires et même arrondies.

Les villosités choriales sont, à cet âge, la plupart, dépourvues de vaisseaux sanguins. La villosité choriale est formée : 1° d'un revêtement épithélial où les limites cellulaires sont confondues dans une masse protoplasmique commune et où les noyaux sont disposés sur deux rangées ; 2° d'un corps ou axe, composé de jeunes cellules conjonctives. Au début, la villosité choriale n'est constituée que par un manteau épithélial ; puis le centre montre un espace creux dans lequel pénètre l'axe conjonctif.

A mesure que les prolongements du chorion s'approchent de la caduque, celle-ci les entoure en même temps que le bourgeon chorial s'allonge pour y pénétrer. En proliférant, la villosité choriale forme des amas de cellules décrites sous le nom de cellules géantes et qui sont d'origine fœtale et non maternelle.

L'épithélium de la muqueuse de la trompe devient cubique dans la grossesse tubaire et à l'endroit où l'œuf s'est greffé, il subit une métamorphose régressive.

En résumé, l'épithélium des villosités choriales est de provenance fœtale et la double rangée de noyaux qu'il renferme est plongée dans une masse protoplasmique commune. Le stroma de la villosité pénètre dans les espaces creux qui se trouvent au centre du revêtement épithélial. La villosité choriale se met en rapport intime avec la caduque dans laquelle elle pénètre, pendant que celle-ci prolifère. Les cellules géantes de la caduque tubaire dérivent des villosités choriales. ED. RETTERER.

MALADIES DES ENFANTS.

Traité des maladies des enfants, par BAGINSKY, trad. franç. par L. GUINON et L. ROMME (*Paris*, 1892).

Nous n'avons pas à présenter ici le livre de Baginsky, qui en est à sa troisième édition allemande. C'est avant tout un traité pratique destiné à diriger l'étudiant et le jeune médecin au milieu des nombreux écueils que lui réserve cette clientèle spéciale, et comme tel il sera bien accueilli en France. L'auteur expose surtout ses vues personnelles, c'est dire que dans nombre de chapitres on y trouvera des vues nouvelles. Citons notamment la description clinique de la méningite tuberculeuse et le chapitre des troubles digestifs. Malheureusement le livre allemand semblait faire trop bon marché des travaux français; cette lacune a été comblée par L. Guinon qui a annoté l'ouvrage de Baginsky et a su mettre en relief les nombreux travaux fournis dans ces dernières années par les travailleurs français. C. LUZET.

Sull' invio dei bambini... (Compte rendu triennal de l'hospice marin de Porto San Stefano), par Luigi BORDONI (*Siena*, 1891).

L'association Siennoise pour les enfants scrofuleux pauvres s'est constituée en 1867 et a envoyé d'abord ses petits malades à l'hospice maritime de Viareggio, le premier en date de l'Italie, car il existe depuis 1856 (*R. S. M.*, XXI, 221). En 1870, sous l'inspiration de l'infatigable Barellai, un nouvel hospice, le onzième italien, s'est ouvert à Porto San Stefano. A partir de 1874, c'est là que la Société de Sienne a adressé les enfants scrofuleux. Chacun d'eux y séjourne annuellement un mois, compris entre le 15 juin et le 15 septembre, car on les divise en 3 séries successives, l'une de garçons, la seconde de filles et la dernière des deux sexes. Dans les trois dernières années, 1887, 1888 et 1889, 34 garçons et 44 filles ont été les hôtes de la plage de Porto San Stefano; sur ce nombre total de 78 enfants, 24 y ont été envoyés à deux reprises et 6 à trois fois différentes. Bordoni a dressé des tableaux indiquant pour chaque enfant les résultats du traitement marin. Ces résultats concordent avec ceux des autres hospices maritimes d'Italie. Pour peu que les manifestations de la scrofule sur les muqueuses et les ganglions aient quelque gravité ou ancienneté, elles ne sont guère modifiées par un seul séjour ; il en est de même des affections osseuses et articulaires. Les enfants dont l'état général est profondément atteint ou qui ont des localisations multiples ou invétérées, ne retirent généralement aucun bénéfice de cette courte cure.

Même les enfants qui reviennent du bord de la mer dans un état de santé florissant, ne tardent pas à perdre les avantages acquis, parce que rentrés dans leurs familles ils se retrouvent dans les conditions défavo-

rables antérieures sous le rapport du logement et de la nourriture; d'où la nécessité de renvoyer les mêmes enfants plusieurs années de suite à la mer, si on veut compter sur des guérisons durables.

D'autre part, on exclut les petits scrofuleux les plus gravement atteints, ceux qui, à côté des soins médicaux et chirurgicaux urgents, auraient le plus besoin de cures maritimes pour relever leur état général. Aussi Bordoni demande-t-il que l'établissement de Porto San Stefano, qui ne fonctionne jusqu'ici que comme hospice, soit augmenté d'un petit hôpital, ainsi que cela existe en France (Berck-sur-Mer), en Allemagne, en Angleterre, en Amérique, etc. (*R. S. M.*, XX, 214 et XXVIII, 61.) J. B.

Ein Fall von multipler Hirn-und Rückenmarksclerose... (Un cas de sclérose cérébro-spinale multiple chez un enfant, avec remarques sur les rapports de cette maladie et des affections infectieuses) par A. NOLDA (*Archiv für Psychiatrie*, *XXIII*, 2, *p.* 565).

Une fillette de 9 ans, de souche saine, bien portante jusqu'à l'âge de 7 ans, fut prise ensuite des accidents suivants : démarche parétique et spasmodique, légère cyphose; tremblement des membres supérieurs et inférieurs, qui se manifestait surtout à propos des mouvements intentionnels; douleurs dans les genoux; céphalalgie, vertiges; parole ralentie par moments, incontinence d'urine. Pas de nystagmus, pas de troubles de la sensibilité; intelligence et vue normales.

L'auteur, discutant la question du diagnotic, élimine l'hypothèse d'une myélite par compression (maladie de Friedreich), pour conclure à un cas de sclérose en plaques. Une observation avec autopsie de Schüle démontre d'une façon péremptoire que cette maladie peut réellement se rencontrer chez des enfants. D'autre part, on a publié un nombre assez considérable de cas où la sclérose en plaques paraît s'être développée à la suite de maladies infectieuses. L'auteur s'est attaché à démontrer la valeur de ces rapports étiologiques. E. RICKLIN.

Ueber infantilen Kernschwund (Paralysie oculaire infantile nucléaire), par MOEBIUS (*Münchener med. Woch.*, *nos* 2, 3 *et* 4, 1892).

Sous ce nom, Mœbius décrit une variété de paralysies oculaires, qui se développe spontanément dans le jeune âge et que, d'après ses caractères cliniques, il croit devoir rapporter à une atrophie des noyaux bulbaires des nerfs moteurs oculaires. Il en rapporte 44 cas qu'il classe de la façon suivante : 1° Ophtalmoplégie externe, *a*) survenue dans l'enfance et la jeunesse, *b*) congénitale, *c*) combinée avec la paralysie faciale, celle-ci pouvant elle-même, α) être survenue dans l'enfance, β) être congénitale, γ) être survenue dans la jeunesse en se compliquant d'autres paralysies musculaires; 2° Paralysie bilatérale de la sixième paire et du facial, *a*) congénitale, *b*) infantile; 3° Paralysie congénitale de la sixième paire; 4° Paralysie double de la troisième paire; 5° Ptosis bilatéral, *a*) congénital, *b*) juvénile; 6° Paralysie congénitale unilatérale de la sixième paire; 7° Forme particulière du ptosis congénital unilatéral.

Dans ces cas, la paralysie des nerfs moteurs de l'œil est constante, elle se complique souvent de paralysie de la sixième paire, et plus sûrement de celle d'autres nerfs bulbaires (sixième paire). Il n'existe pas de paralysie double congénitale du facial sans paralysie de la sixième paire, sauf les cas dus au forceps. La forme de la paralysie oculaire varie avec les

cas. Le plus souvent, l'accommodation est atteinte. La forme la plus complète est l'ophtalmoplégie externe totale. Le ptosis double est relativement fréquent. Il s'agit presque toujours de paralysies bilatérales, les cas de paralysie unilatérale de la sixième paire est rare. La paralysie des muscles de la face (plutôt que celle de la septième paire complète) n'a été jusqu'ici observée qu'avec l'ophtalmoplégie externe double ou la paralysie double de la sixième paire. On n'a jamais observé de troubles sensitifs. Quelques anomalies de configuration de la tête, de la luette, des doigts, peuvent coïncider avec ces phénomènes. On connaît peu le mode de début de cette affection, il s'est fait depuis la vie intra-utérine jusqu'à 30 ans, jamais plus tard, lentement prenant des mois ou des années ; les débuts aigus n'appartiennent pas à cette affection. Une fois développée, la paralysie persiste généralement pendant toute la durée de l'existence.

Suivant l'époque du début, le diagnostic sera facile ou difficile, seule la marche peut permettre de juger les cas difficiles où il faut éliminer le tubercule, la syphilis, les méningites de la base. L'absence de douleurs et de signes pupillaires est en faveur de la paralysie infantile des noyaux. Il faut encore éliminer le tabes, la sclérose en plaques, le diabète, la maladie de Basedow, l'alcoolisme, la paralysie générale, et les atrophies musculaires progressives d'origine spinale (Guinon et Parmentier).

L'anatomie pathologique en est presque inconnue. Les muscles ont des lésions d'atrophie rappelant celles des myopathies primitives ou spinales. Les nerfs dégénèrent en même temps que les cellules. Les associations cliniques font penser comme plus vraisemblable à une lésion des noyaux bulbaires qui reste à démontrer anatomiquement.

Les données étiologiques sont des plus rudimentaires. L'hérédité similaire a été constatée; mais elle constitue l'exception. On ne peut cependant douter de l'existence d'une maladie du germe, qui seule est héritée.

On doit considérer ces faits comme résultant plutôt d'une aplasie que d'une atrophie. C. LUZET.

Hydrocéphalie chronique, apparue après la guérison spontanée d'un spina bifida. Tentative inutile de réincision de ce dernier ; trépanation ; drainage des ventricules. Mort, par AUDRY (*Progrès médical*, 27 *février* 1892).

Enfant de 7 mois, venu au monde avec un spina bifida des lombes ; au bout de trois semaines la tumeur s'ulcère, il s'écoule un liquide clair, puis à la fin purulent, et au bout de plusieurs semaines l'orifice se ferme. Aussitôt après, la tête de l'enfant grossit, et rapidement elle devient énorme, en même temps que l'enfant maigrit.

Audry essaya, sans succès, d'inciser l'ancien spina, et fit trois ponctions dans le canal médullaire. Il fit ensuite une trépanation sur le pariétal droit, suivie d'une incision des méninges, et de la pénétration dans les ventricules, de crins de cheval le long d'une aiguille de Dieulafoy. L'enfant mourut quelques heures après sans convulsion, mais dans l'hyperthermie. H. L.

Craniectomy for microcephalus, par WYETH (*New York med. record, p.* 232, 21 *février* 1892).

Enfant de 11 mois; suture de la fontanelle antérieure à 3 mois. Attaques fréquentes ayant laissé les pieds en talus-équin varus ; la main gauche est

tombante. Le crâne est petit comme chez un enfant de 2 mois. Mouvements convulsifs des yeux, pupilles dilatées; les yeux ne suivent aucun mouvement, les mains ne se tendent vers aucun objet. Incision de la base du nez à la protubérance occipitale externe; ossification des symphyses; avec une petite tréphine, il fait deux sillons allant de la protubérance jusqu'au-dessus des yeux; il laisse un pont de 3/4 de pouce pour protéger le sinus longitudinal supérieur; avec des ciseaux, il ouvre les sillons, rasant la dure-mère qui ne fut pas ouverte, il agrandit alors les sillons. Sutures. Réunion par première intention. Un mois après, les difformités des pieds ont disparu, les pupilles sont normales; l'enfant suit les objets du regard; il tend les mains. Le sommeil est bon, l'appétit normal. P. DUFLOCQ.

Linear craniotomy for detective mental development, par W. H. MORRISON (*New York med. record*, *p.* 63, 18 *juillet* 1891).

Enfant de 2 ans et 5 mois; ayant 32 pouces de haut; le bras droit mesure 15 pouces 3/4 et le gauche 15 pouces 3/8 de long; il se tient debout, mais ne peut marcher; absence du réflexe patellaire à droite; il existe un certain degré de contracture des muscles gastrocnémiens.

Il dit les quelques mots suivants : Bert, bébé, six et sept; il ne comprend pas son nom; on attire difficilement son attention; il paraît idiot; état général bon.

Opération le 17 avril; on enlève une portion d'os ayant 3/8 de pouce de large et 7 pouces de long sur le côté gauche de la ligne médiane. Après l'opération, vomissements, mouvements des jambes. Grande faiblesse. T. 103°, qui tombe à 99° le second jour; un peu de pus dans l'angle postérieur de la plaie; drain. Deux semaines après, le père constate une amélioration de l'intelligence; il dit : non, oui, halte.

Le 7 juin, la physionomie est plus intelligente, il reconnaît son nom; il commence à marcher avec l'aide de la main. Quand on lui demande où est telle ou telle personne, il la montre de la main. Ce cas est le huitième aux Etats-Unis. P. DUFLOCQ.

A case of general athetosis, par HAGAN (*New York med. journ.*, *p.* 71, 16 *janvier* 1892).

Enfant de 4 ans, bien portant pendant les neuf premiers mois de la vie. A l'âge de 9 mois, il eut des attaques convulsives, et, pendant cinq semaines, de la fièvre; pendant la convalescence, on remarqua que ses membres étaient animés de mouvements désordonnés. Plusieurs médecins pensèrent à la chorée. Insuccès des bromures, des iodures, de l'arsenic, des toniques, de l'électrisation.

Actuellement il y a des mouvements rythmiques incessants qui n'ont rien de commun avec l'agitation de la chorée.

Les yeux se portent lentement en haut, en bas, en dehors, en dedans. Les masséters et les temporaux se contractent fréquemment et menacent de causer la morsure de la langue; la langue est alternativement projetée et retirée. La tête est fléchie, puis portée en arrière; on voit parfois se produire un véritable opisthotonos. Les deltoïdes, les triceps des bras, les muscles des avant-bras et des mains se contractent partiellement ou totalement; de même pour les muscles des membres inférieurs. Il y a des spasmes intermittents des muscles du larynx. L'enfant ne peut s'asseoir ou se tenir debout sans être assisté.

Les mouvements athétosiques cessent complètement pendant le sommeil.

Réflexes normaux. Pas de troubles sensitivo-sensoriels. L'enfant ne parle pas, mais il ne semble pas atteint d'amnésie. Il est fort maigre.

L'étiologie de ce cas est obscure. L. GALLIARD.

Cas de paralysie radiculaire brachiale totale, par ONANOFF (*Arch. de neurol.*, *novembre* 1891).

Enfant de 12 ans, issu de parents sains, n'ayant jamais été malade. Il y a deux mois et demi, il tombe de cheval, continue à tenir les rênes de la main gauche pendant quelque temps, puis il perd connaissance. Il y a donc eu un moment où le membre supérieur gauche a été fortement tiraillé. Quand l'enfant reprend connaissance, il demande où est son bras, ne le sent plus, et présente une paralysie brachiale totale, flasque, avec anesthésie partielle, accompagnée, pendant la journée et les journées suivantes, de vives douleurs spontanées. A l'hôpital, on constate que le membre supérieur gauche est pendant, flasque, très amaigri; que les réflexes sont absents; que tous les mouvements du bras, de l'avant-bras et de la main sont abolis, de même que ceux de l'épaule et jusqu'à ceux qui sont produits par le trapèze et peut-être par les muscles angulaire et rhomboïde. Sensations douloureuses subjectives. Anesthésie de la main, de l'avant-bras et d'une partie du bras, suivant une languette qui part du pli du coude et qui s'étend sur la portion antéro-externe. La sensibilité profonde persiste dans l'articulation de l'épaule et du coude ; elle a disparu au poignet et aux doigts. Sens musculaire aboli dans la région de l'anesthésie superficielle. Troubles trophiques : amaigrissement et abaissement de la température des régions atteintes, réaction de dégénération correspondante. L'œil gauche paraît plus petit que l'autre, moins ouvert, plus enfoncé dans l'orbite; myosis du même côté. DESCOURTIS.

Asthme thymique, par SANDOZ (*Revue méd. Suisse romande*, *XI*, *p.* 554).

Enfant de 7 mois, nourri artificiellement, non rachitique, en bonne santé jusqu'alors, est pris assez subitement d'une dyspnée, qui va en augmentant malgré quelques rémissions. Au bout de quinze jours, mort par suffocation.

A l'autopsie, pas de ganglions hypertrophiés ; intégrité du larynx et des bronches. Thymus énorme comprimant la trachée.

Une sœur du petit malade est morte à 7 mois dans des circonstances analogues. (*R. S. M.*, XXVIII, 216; XXXIII, 163; XXXV, 253; XXXVI, 580; XXXVIII, 313.) J. B.

De la tuberculose chez les enfants, par AVIRAGNET (*Thèse de Paris* 1892).

L'auteur distingue des formes cliniques nombreuses :

A. Tuberculoses généralisées. 1° La fièvre infectieuse tuberculeuse suraiguë, tout à fait exceptionnelle, qui peut tuer avant qu'il y ait de grosses lésions tuberculeuses; 2° la tuberculose généralisée aiguë (granulie ou subaiguë ; 3° la typho-tuberculose ou fièvre continue tuberculeuse, qui a une marche cyclique, et aboutit généralement à la guérison, c'est en général l'expression d'une tuberculose aiguë avortée, consécutive à une tuberculose locale passée inaperçue. Les signes les plus caractéristiques sont au milieu de l'ensemble typhique le peu d'abattement de l'enfant malgré l'hyperthermie, l'absence de taches rosées, de diarrhée, les grandes oscillations thermiques, les poussées de congestion pulmonaire plus fréquentes au sommet; 4° la tuberculose généralisée chronique, qui dans le bas-âge présente l'allure de l'athrepsie.

B. Tuberculoses localisées. 1° La pneumonie caséeuse et la broncho-pneumonie tuberculeuse, à évolution rapide. Aviragnet insiste sur les différences d'aspect des lésions de broncho-pneumonie selon que le bacille de Koch est seul ou associé. Seul il ne fait généralement pas d'hé-

patisation, celle-ci dépend des microbes associés, streptocoques, pneumocoques ; et il combat l'opinion exclusive de Landouzy qui traitait ces lésions pulmonaires, simples à l'œil nu de monnaie de tuberculose. On y trouve souvent en effet quantité de bacilles de Koch, mais dans les broncho-pneumonies rubéoliques, les streptocoques, d'invasion secondaire, jouent un rôle au moins égal à celui du bacille; la broncho-pneumonie tuberculeuse dite caséeuse est due à l'association des deux microorganismes; 2° les tuberculoses localisées chroniques sont rares avant 6 ou 7 ans. Dans ces cas aussi on peut retrouver des congestions aiguës faisant croire à des poussées de granulie, et qui ne laissent aucune trace. Aviragnet, tout en admettant la loi de Parrot sur les adénopathies similaires, croit que parfois l'adénopathie trachéobronchique peut être primitive et précéder la tuberculose pulmonaire.

Il a pu inoculer à des cobayes le placenta d'une femme tuberculeuse morte au septième mois de sa grossesse, et les organes du fœtus, sains en apparence, et a obtenu des tuberculoses à bacille de Koch en série; il affirme donc l'hérédité directe de la graine tuberculeuse; il reconnaît d'ailleurs que c'est l'exception, et regarde l'hérédité diathésique comme la règle; il croit que les enfants se tuberculisent le plus souvent par les voies respiratoires. H. L.

A case of total obliteration of the œsophagus, par RICHARDSON (*Boston med. and surg. Journal, p.* 58, *janvier* 1892).

Richardson rapporte l'observation d'un enfant de 3 ans atteint d'oblitération de l'œsophage auquel on fit en juillet 1890 l'œsophagotomie externe. A travers les lèvres de la plaie on croit apercevoir un étroit passage par lequel on fait passer une bougie filiforme. Dilalation graduelle, puis on pousse dans l'ouverture une petite sonde en gomme jusque dans ce que l'on croit être l'estomac. Il s'échappe de l'air. Néanmoins, on injecte par la sonde une petite quantité de lait et d'alcool. Mort. Autopsie, oblitération complète jusqu'au cardia. Le cathéter avait fait fausse route. Le lait et l'alcool avaient été injectés dans la cavité pleurale. CART.

Contributo allo studio del chimismo stomacale nei bambini rachitici, par E. MEUSI (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino, p.* 952, *novembre* 1891).

Chez les enfants rachitiques âgés de 18 à 30 mois, le suc gastrique a une réaction acide au tournesol et réagit rarement sur le papier du Congo et le réactif de Günzburg. L'acidité varie de 0,64 à 2,6 pour 1000, à la fin de la première heure, avec une moyenne de 1,625. Le chlore total oscille de 1,286 à 3,888 pour 1000, avec une moyenne de 2,68. Il n'y a pas d'acide chlorhydrique libre, exceptionnellement on en trouve des traces. La quantité des chlorures fixes varie de 0,714 à 2,304 (moyenne 1,1236). La valeur de α varie de 0,63 à 2,23, en moyenne 1,0984. La quantité d'albumine varie de 28 à 64, en moyenne 44,19; la quantité d'albumine coagulable varie de 3 à 21, en moyenne 10,6; l'hémoalbumine varie de 6,05 à 41,35, en moyenne 25,0433. Les peptones varient de 0,15 à 42,85, en moyenne 11,1376. Ces différences dans les résultats dépendent de la variabilité du pouvoir digestif chez les enfants suivant de conditions très diverses. Un point remarquable est la valeur

assez élevée de α, c'est-à-dire l'existence d'acides organiques en outre du chlore organique acide, ce qui confirmerait en partie la théorie chimique du rachitisme. L'absence d'acide chlorhydrique libre n'a pas d'importance, car on l'observe également chez des enfants bien portants.

GEORGES THIBIERGE.

La digestione nei bambini sani secondo Hayem et Winter, par E. MEUSI (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, p. 181, *février* 1892).

Le suc gastrique des enfants bien portants de 3 à 5 ans est acide; l'acidité totale est en moyenne de 1,6009 0/00, le chlore total s'élève en moyenne à 3,85375, l'acide chlorhydrique à 0,1941, le chlore organique à 1,94045, les chlorures fixes à 1,75253, α à 0,7416. En comparant ces chiffres à ceux obtenus chez les rachitiques, on constate que chez ces derniers α est plus élevé, ce qui indique la présence dans leur suc gastrique d'acides provenant d'une fermentation anormale; il en résulte que, la chaux neutralisant les acides, son administration est encore rationnelle, même si on n'admet pas son efficacité pour ainsi dire spécifique sur les lésions du rachitisme. GEORGES THIBIERGE.

Zur Aetiologie und Prophylaxis der Bednar'schen Aphthen, par P. BAUMM (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 34, p. 840, 24 *août* 1891).

Sous le nom d'aphthes de Bednar, on désigne de petites ulcérations superficielles qu'on observe chez les nouveau-nés au niveau des angles postéro-latéraux de la voûte palatine, précisément à la place où le crochet ptérygoïdien est perceptible par transparence de la muqueuse. Les classiques en rapportent l'origine aux efforts de succion.

Or, il résulte des recherches de Baumm qu'il s'agit, en réalité, de lésions traumatiques dues aux nettoyages de la bouche qu'on opère après chaque repas du nouveau-né. Ce sont d'ailleurs les conclusions auxquelles était arrivé Esptein (*Prager med. Wochens.*, 1884). J. B.

Contribution à l'étude des entérites infectieuses des jeunes enfants (entérite à bacterium coli), par LESAGE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 *janvier* 1892).

Lesage établit d'abord que le bacterium coli des selles normales, sans diarrhée, n'est pas pathogène, aux lapins, cobayes, souris; que dans les cas de diarrhée simple (36 fois sur 46 cas), il est le plus souvent pathogène.

Dans un grand nombre de diarrhées infectieuses, le bacterium coli est seul dans l'intestin, et on n'obtient de culture que de ce microbe; dans quelques cas il est seulement prédominant; la simple étude sur la lamelle donne des renseignements très exacts sur la prédominance plus ou moins grande du bacterium coli.

Quand il n'y a pas de complications, on est frappé du peu d'intensité ou même de l'absence de lésions constatées à l'autopsie, quand il y a des lésions pulmonaires, par exemple, on y trouve le bacterium virulent, à l'exclusion de tout autre microbe.

Lesage admet que le bacterium coli, doué de propriétés virulentes, peut contagionner des enfants sains ou souffrants, à preuve les épidémies d'entérites infectieuses des salles d'hôpital; ces enfants prennent du lait stérilisé, mais celui-ci est versé dans les biberons qui, non stérilisés, y

développent des cultures pures de bacterium virulent. Cet ensemencement secondaire du lait indique que le bacterium coli virulent existe dans l'air des salles. H. L.

Ueber Protozœn im kindlichen Stuhle (Des protozoaires dans les selles des enfants), par **E. CAHEN** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 27, *p.* 853, 1891).

Fillette de 4 ans, ayant depuis 10 jours de la fièvre, une soif vive, des selles liquides rouge-brun. Tympanisme et langue chargée. P. 138; T. 39°6. Urine non albumineuse, mais contenant de l'acétone et de l'indican. On donne du calomel et de la santonine. Les déjections contiennent, avec des œufs d'oxyures et d'ascarides, des globules rouges, des cellules épithéliales, des bactéries en grand nombre, enfin des masses cellulaires douées de mouvements amiboïdes qu'on peut observer jusqu'au départ de l'enfant non guéri, c'est-à-dire pendant 17 jours.

Ces corpuscules amiboïdes ressemblent beaucoup à ceux qu'a décrits Lösch (forme, apparence, réactions vis-à-vis de l'alcool, de l'iode, de l'acide acétique), mais ils sont plus petits, car ils n'ont que deux ou trois fois le diamètre du globule rouge, au lieu de cinq à huit fois. Ils ont, au point de vue des dimensions, une analogie parfaite avec les amibes de la dysenterie qu'a décrits Kartulis. On les distingue très aisément des cellules épithéliales et des leucocytes. L. GALLIARD.

Injection sous-cutanée d'eau salée dans la gastro-entérite des petits enfants, par Paul DEMIÉVILLE (*Revue méd. Suisse romande*, *XII*, *p.*54, *janvier* 1892).

Enfant de 4 mois 1/2 allaité avec lait de vache et ayant des selles habituellement fréquentes ; deux frères ont eu une gastro-entérite, mortelle pour l'un.

Le 26 octobre, diarrhée qui augmente le lendemain : calomel et petite quantité de lait stérilisé additionné d'eau de chaux. Le 28, vomissements, diarrhée fétide. Suppression totale du lait, potion créosotée, bouillon de poulet, cognac et eau bouillie. Après une amélioration le 29, la diarrhée redevient intense le 30 avec commencement de collapsus. Lavements au tanin. Le 31, de même; potion au nitrate d'argent. Le soir, adynamie complète ; l'enfant n'avale plus ! Le pouls, qui était très rapide, est devenu imperceptible. Les extrémités se refroidissent dès qu'on n'a pas soin de les frictionner ou de les entourer d'ouate et de cruches d'eau chaude. Yeux excavés, agitation sans plaintes ni cris, lavements non gardés. Le 1er novembre, Demiéville injecte, sous la peau des cuisses, environ 120 ou 150 grammes d'une solution stérilisée de chlorure de sodium à six pour mille. Massage centripète pour faciliter la résorption du liquide. Bientôt après l'opération, l'enfant paraît mieux et on peut lui faire avaler un peu d'eau et de cognac. Dès ce moment, il n'y a plus ni vomissements, ni diarrhée. Le soir, face rouge et brûlante; le pouls encore très petit est redevenu sensible et bat 112 fois par minute. Le 2, nouvelle amélioration; deux selles non fétides. Le pouls à 108 a repris de la consistance. Dès lors, marche rapide vers la guérison.

A ce moment, les cas de cholérine étaient fréquents à Lausanne, parmi les nourrissons, ce que Demiéville attribue à l'alimentation des vaches avec des betteraves. J. B.

Un cas d'hémorragie ombilicale incoercible chez un nouveau-né et quelques remarques sur la diathèse hémorragique, par LUYT (*Thèse de Paris*, 1891).

Mère bien portante, ne présentant aucune circonstance étiologique intéressante à signaler, accouche normalement, quoique très lentement, d'un

garçon, pesant 2,950 grammes, qui est né en état de mort apparente, mais facilement ranimé. Le troisième jour après la naissance, il présente une ecchymose frontale qui présente, dès le lendemain, un suintement sanguinolent. Le cinquième jour, apparition de deux autres ecchymoses au thorax. Le septième jour, hématémèse et plaques pétéchiales sur la voûte palatine, puis suintement continuel de sang par la plaie ombilicale, qui persiste jusqu'à la mort de l'enfant, survenue le surlendemain. A l'autopsie, on constate que tous les viscères sont exsangues, les vaisseaux sont presque partout vides. L'examen microscopique des organes, fait avec soin, ne révèle rien de particulier. Le sang contient un très grand nombre de streptocoques pyogènes.

Il s'agirait dans ce cas d'une vraie septicémie. Son mode de production est obscur. L'infection n'a pu se produire que par l'ombilic.

PORAK.

A case of umbilical hœmorrhage, par MONTGOMERY (*N. York med. journ. p.* 45, 9 *janvier* 1892).

Enfant du sexe masculin, né à 8 mois, pesant trois livres et demie ; le cordon tombe le quatrième jour. Le huitième jour, hémorragie ombilicale combattue d'abord par l'alun, les astringents, le brandy, la compression. Pendant plusieurs heures, ces moyens ayant échoué, on comprime à l'aide du doigt sans succès. L'auteur pratique la transfixion de l'ombilic avec deux aiguilles qui se croisent à angle droit et pénètrent profondément dans les tissus. Elles servent de point d'appui à une ligature en 8. Au bout de 48 heures on les enlève et l'hémorragie ne se reproduit pas.

L'enfant se fortifie rapidement. L. GALLIARD.

De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse (étudiée plus spécialement chez l'enfant), par ALDIBERT (*Thèse de Paris, n°* 139, *mars* 1892).

Travail bien ordonné dont on peut ainsi résumer les conclusions.

Dans la forme *ascitique*, la laparotomie donne des résultats meilleurs chez l'enfant que chez l'adulte, et les succès sont d'autant plus nombreux que l'on s'adresse à une forme moins aiguë et plus localisée. L'intervention doit être tentée dans les formes aiguës, malgré les résultats déplorables donnés jusqu'ici : dans les formes subaiguës, si elle n'est curative que dans la moitié des cas chez l'adulte (dans les 4/5 des cas chez l'enfant), elle produit toujours une amélioration notable : dans toutes les formes chroniques elle donne des résultats supérieurs à ceux qui suivent le traitement médical.

La péritonite *fibreuse sèche* se présente sous deux aspects, selon qu'il existe ou non des adhérences. Dans la première forme, l'affection est en voie d'évolution et peut devenir ulcéreuse : la laparotomie paraît toujours indiquée. Dans la forme adhésive, forme de guérison spontanée, on ne doit intervenir que lorsqu'il existe des phénomènes douloureux, une aggravation rapide de l'état général, ou des signes d'occlusion chronique.

Dans ces cas, la laparotomie a donné 100 0/0 de guérisons chez l'enfant (dont 60 0/0 peuvent être définitives), et 68,4 0/0 chez l'adulte (dont 30,7 0/0 paraissent aussi devoir être complètes.)

La laparotomie dans la forme *ulcéreuse* sèche donne des résultats très médiocres (mortalité 75 0/0) ; elle est encore plus inefficace dans les formes suppurées enkystées à plusieurs loges : elle fournit un plus grand

nombre de succès dans les formes suppurées localisées, surtout périombilicales, que dans les formes généralisées.

L'occlusion intestinale, qui peut s'observer dans le cours d'une péritonite tuberculeuse avérée ou latente, se produit par bride, par coudure, par agglutination : il est enfin des pseudo-étranglements. On observe, indifféremment les deux formes aiguë ou chronique, et la laparotomie est toujours indiquée. MAUBRAC.

Ueber cholera infantum aestiva, par MEINERT (*Therap. Monatshefte*, nos 10-11-12, 1891).

Le catarrhe gastrique ou intestinal subaigu ou chronique qu'on observe chez les enfants de tout âge dépend le plus souvent de la présence de germes dans le lait et disparaît lorsqu'on le stérilise.

On doit placer à côté des affections relevant de l'élévation de la température, le catarrhe gastro-intestinal aigu, qu'il faut rapprocher des coups de chaleur. Il est sans relations avec la présence de germes dans l'intestin; l'emploi de lait stérilisé reste inutile. On l'observe chez les enfants exclusivement nourris au sein. Il se montre épidémiquement au fort de l'été.

Le choléra infantile se distingue des autres diarrhées infantiles : 1° cliniquement par l'existence d'une fièvre prodromique, un développement suraigu, l'intensité de la soif, la rapidité du collapsus et la résistance aux opiacés; 2° anatomiquement par l'intégrité de la muqueuse gastro-intestinale dans les stades de début, même dans les cas les plus graves.

Sa pathogénie reste aussi obscure que celle du coup de chaleur. Les deux se développent à la suite d'une rétention de calorique par défaut d'émission. Dans les deux interviennent sans doute des déchets de la nutrition inconnus. Tous les deux frappent de préférence les sujets bien développés.

Il y a identité entre le choléra infantile et le choléra nostras.

PAUL TISSIER.

Infection mixte (par streptocoque et bacterium coli commune), par SEVESTRE et GASTOU (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 *décembre* 1891).

Un enfant de 9 ans, d'une bonne santé habituelle, est réveillé un matin par une céphalalgie intense, avec nausées, épistaxis, et tombe dans la prostration. Le lendemain prostration, hyperesthésie générale, fièvre modérée, albuminurie, quelques vomissements; le troisième jour, chute de la fièvre, plaques d'herpès labial, constipation, raideur de la nuque ; à la fin du quatrième jour, retour de la fièvre, suivie le lendemain du développement d'arthrites multiples, et de pustules sur les cuisses; le sixième jour, hyperthermie, agitation, mort dans le délire. La veille on avait constaté la présence d'un panaris sous-unguéal du médius gauche.

A l'autopsie on trouva les divers organes simplement congestionnés; seules les méninges du cervelet contenaient du pus, ainsi que les articulations enflammées.

Les vésicules d'herpès ainsi que le panaris contenaient des streptocoques ; le liquide purulent retiré du genou pendant la vie, ne contenait pas de microbes, mais le liquide retiré aussitôt après la mort, ainsi que le pus du cervelet donna des cultures du bactérium coli commune. H. L.

Erythème noueux palustre, par MONCORVO (*Bulletin de l'Académie de médecine* 3e *sér., t. XXVII, n°* 3).

Au nombre des déterminations si variées que provoque le paludisme dont le prothéisme est notoire et redoutable, il y a lieu d'ajouter l'érythème noueux observé par Boïcesco et par Moncorvo chez les jeunes sujets.

Cette poussée érythémato-noueuse est, presque sans exception, précédée de l'apparition d'un ou de plusieurs accès de fièvre palustre, dont elle suit de près l'évolution en s'atténuant ou en s'aggravant d'après la marche cyclo-thermométrique.

Cette efflorescence revêt, dans tous les cas, les caractères morphologiques de l'érythème noueux survenu également dans le cours d'autres affections telles que le rhumatisme, etc.

Cet érythème semble constituer l'apanage de l'enfance, car, sur un ensemble de 25 cas, les seuls jusqu'ici recueillis, on ne rencontre que des enfants de 3 mois à 11 ans, et c'est à peine si une seule fois l'érythème, quoique ayant débuté à l'âge de 8 ans, s'était reproduit jusqu'à celui de 17 ans.

Dans tous les cas observés jusqu'ici, l'emploi de la quinine s'est montré d'une efficacité notoire en amenant la régression immédiate des accidents cutanés et à la suite, leur complète disparition. A. C.

Contribution à l'étude de l'épidémiologie de la rougeole, par L. BARD (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *XIII*, 393, *mai* 1891).

Epidémie observée dans le dépôt d'enfants des hôpitaux lyonnais : sur un total de 48 cas, 43 ont été contractés dans l'établissement. La mortalité générale a été de 17 0/0.

Les 20 premiers cas, évacués dans d'autres hôpitaux, ont fourni une mortalité de 25 0/0, tandis que les 28 derniers, soignés dans les salles d'isolement du dépôt, n'ont eu qu'une mortalité de 10 0/0. Chez les enfants au-dessous de 5 ans, la mortalité a dépassé 18 0/0, tandis que chez ceux au-dessus de 5 ans, elle n'a été que de 10 0/0.

Bard conclut :

1° Les germes de la rougeole sont d'assez courte durée pour qu'il n'y ait pas à craindre d'infection persistante des locaux et des objets à l'usage des malades, et pour que les mesures de désinfection à la fin de la maladie soient absolument inutiles ;

2° La période d'incubation comptée jusqu'à l'éruption est de 13 à 14 jours dans la grande majorité des cas ; la gravité de la maladie dégagée de ses complications est en raison inverse de la longueur de la période qui s'écoule entre la contagion et l'éruption ;

3° La contagion est possible 3 jours, peut-être même 4 jours avant l'éruption, mais non plus tôt ; chez les enfants laissés en contact pendant toute la période pré-éruptive, elle se fait ordinairement 2 jours avant l'éruption et les éruptions du contagionnant et du contagionné se succèdent alors à 11 jours d'intervalle ;

4° La contagiosité est tellement puissante que lorsqu'un contagionnant à la période prééruptive, est placé au milieu d'enfants sains, tous ceux, ou à peu près, qui sont susceptibles d'être contaminés, le sont par lui ; de

telle sorte que, s'il n'y a pas arrivée de sujets nouveaux, l'épidémie s'arrête le plus souvent d'elle-même après la première explosion.

Il n'y a guère d'exception que pour les enfants dont la réceptivité est affaiblie par une atteinte antérieure qui peuvent échapper à l'influence de plusieurs contagionnants et finir cependant par réaliser une récidive ;

5° La bronchopneumonie morbilleuse est une infection additionnelle, indépendante du virus de la rougeole, qui peut survenir tardivement comme une infection secondaire, mais qui peut aussi se transmettre avec la maladie principale et réaliser, par son association avec elle, une infection mixte d'emblée ;

6° La prophylaxie de la rougeole est rendue difficile par sa puissante contagiosité prééruptive ; elle peut cependant être réalisée par des mesures d'isolement et surtout de quarantaine. J. B.

Sull' esistenza di microorganismi piogeni in alcuni casi di rachitismo, par S. MIRCOLI (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, *p.* 148, *février* 1892).

Dans trois autopsies de rachitisme, l'auteur a constaté la présence dans le cerveau, dans la moelle épinière et dans le tissu osseux, de staphylocoques pyogènes associés, dans un cas, au streptocoque. En l'absence de lésions viscérales antécédentes, il ne pense pas qu'il s'agisse d'une infection secondaire, mais il hésite à déclarer que ces microorganismes soient les agents pathogènes du rachitisme. GEORGES THIBIERGE.

Le rachitisme, par J. COMBY (1 *vol. de* 195 *pages. Paris*, 1892).

La question du rachitisme, dit Comby, n'a pas été transformée par les doctrines microbiennes, elle est aujourd'hui ce qu'elle était hier, ce qu'elle sera vraisemblablement demain. Aussi l'auteur n'apporte-t-il pas de données nouvelles sur la symptomatologie et l'anatomie pathologique de l'affection ; à noter cependant cette opinion, sans doute exagérée, que l'on doit rattacher au rachitisme tous les *genu valgum* unis ou bilatéraux observés à tous les âges. Au point de vue étiologique, Comby rejette absolument l'origine hérédo-syphilitique du rachitisme, concédant seulement que la syphilis peut, en tant que maladie cachectisante, favoriser l'action des troubles alimentaires ; pour lui, la cause réelle du rachitisme est l'alimentation vicieuse des enfants, aboutissant à la dyspepsie et à la dilatation de l'estomac ; et cette dyspepsie survit souvent au rachitisme, de telle sorte que presque tous les rachitiques sont, dans l'âge adulte, des dyspeptiques. Le traitement se résume dans l'emploi de l'huile de foie de morue pure ou phosphorée, des préparations phosphatées, les bains de mer ou les bains salés et une bonne hygiène ; il assure la guérison de la plupart des rachitiques. GEORGES THIBIERGE.

Variola, Varioloid und Varicellen, par BIEDERT (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, *XXIII*, *p.* 427, 1892).

1° Biedert a observé une série de cas de varicelles avec troubles généraux marqués. Il a observé la varicelle non seulement chez de tout jeunes enfants, mais chez des enfants déjà âgés. Elle pourrait même se rencon-

trer dans l'âge adulte. Ces varicelles graves sont parfois assez difficiles à diagnostiquer des varioloïdes et surtout des varioloïdes atténuées par une vaccination antérieure.

2° Relativement à la variole ses recherches lui ont montré que le danger de contagion ne commence, surtout dans les varioles moyennes, qu'après la période d'éruption. L'immunité conférée par la vaccination a une durée très variable. Elle atteint ordinairement et souvent dépasse sept ans. Mais dans quelques cas l'immunité a déjà cessé après un an ou deux. L'immunité ne commence que huit jours après la vaccination.

A.-F. PLICQUE.

Sur l'emploi de l'exalgine (méthylacétanilide) dans la thérapeutique infantile, par MONCORVO (*Bullet. génér. de thérap.*, 60e *année*, 19e *livr.*).

S'étant livré depuis quelques années à l'étude thérapeutique de presque tous les agents dérivés de la série aromatique, Moncorvo se propose d'examiner par rapport à l'enfance, la valeur attribuée à un nouveau dérivé amidogène de cette série, l'exalgine, et il arrive aux conclusions suivantes :

1° L'extrême activité de l'exalgine, au titre d'analgésique, a été, sans exception, bien démontrée chez 21 enfants de 1 à 12 ans, soumis à son administration pour des affections douloureuses diverses;

2° Chez tous ces enfants, le médicament a été très bien toléré;

3° Aucun des accidents parfois observés chez des adultes soumis à l'usage de l'exalgine (ivresse, obnubilation, bourdonnement d'oreilles, etc.), ne s'est jamais présenté chez ces petits malades;

4° L'exalgine a été d'abord essayée chez eux à la dose de 5 centigrammes par jour et montée progressivement jusqu'à 40 centigrammes;

5° Douée d'une saveur très acceptable, l'exalgine a pu être administrée chez quelques-uns de ces petits malades, en substance, appliquée directement sur la base de la langue, ou dans un cachet de pain azyme; chez quelques autres enfin, elle a été donnée étendue dans de l'eau vineuse ou alcoolisée;

6° Toutes choses égales, l'exalgine a surpassé en activité, comme analgésique, l'antipyrine, car à une dose médiocre elle a aussi bien agi que celle-ci à une dose cinq fois plus élevée;

7° Cherchant le premier à l'essayer à titre de nervin dans un cas de chorée, chez une fillette, Moncorvo a très bien réussi, la guérison ayant eu lieu au bout de 18 jours de traitement à la suite d'un total de doses d'exalgine quatorze fois inférieur à celui des doses moyennes d'antipyrine dans des cas analogues.

A. C.

Ein Fall von Macrosomia (Un cas de gigantisme), par A. BRUNAUER (*Wien. med. Wochenschr.*, 1, *p.* 4, 1892).

Un enfant, né de parents robustes, pesant 4,800 grammes à la naissance, a atteint à 6 mois le poids de 14,000 grammes. Sa taille est de 71 centimètres; le tour de tête mesure 43 centimètres. La première dent s'est montrée à 3 mois et la douzième dans le sixième mois. Sauf ce développement extraordinaire, cet enfant semble absolument normal. Son frère, plus âgé de 30 mois, est plutôt médiocrement développé.

LEFLAIVE.

Ueber sogenannte Flughautbildung beim Menschen (Des expansions cutanées aliformes chez l'homme), par K. BASCH (*Zeitsch. f. Heilkunde*, *p*. 499, 1891).

Un enfant porteur de diverses malformations (bec-de-lièvre compliqué, membrane interdigitale, hypospadias, pieds bots), présentait aux deux membres inférieurs un repli cutané remplissant l'angle formé par la cuisse et la jambe, dont il limitait l'extension. Ce repli, de forme triangulaire, allait du talon à l'ischion, et dans son épaisseur on sentait divers tendons.

L'enfant étant mort à cinq semaines, l'examen anatomique fit reconnaître que les os, les muscles extenseurs et adducteurs étaient normaux, mais que les fléchisseurs présentaient diverses anomalies, dont les principales étaient l'absence de la longue portion du biceps et l'insertion défectueuse des semi-membraneux et semi-tendineux : au lieu de s'insérer au tibia comme d'ordinaire, ces muscles allaient au tiers inférieur de la jambe se joindre au côté interne du tendon d'Achille, avec lequel ils se fusionnaient.

L'auteur a rassemblé six autres cas de ce genre, et il en conclut que dans cette malformation il faut voir un arrêt de développement des muscles, des nerfs, des os, résultant d'un obstacle extérieur apporté au développement normal. LEFLAIVE.

Ueber Luxatio obturatoria paralytica, par REHN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n*° 39, *p*. 975, 28 *septembre* 1891).

Rehn a observé chez un enfant de 2 ans, un cas de cette affection assez rare. La luxation ischio-pubienne était survenue, sous le coup d'un traumatisme insignifiant, à la suite d'une poliomyélite avec paralysie complète du triceps et des adducteurs fémoraux. Un an plus tard, Rehn fit avec plein succès une opération pour réduire la tête du fémur.

Ultérieurement, Rehn a traité un autre malade offrant à peu près les mêmes symptômes que le précédent et ayant eu comme lui une paralysie spinale infantile avec paralysie totale du triceps et des adducteurs de la cuisse. Mais au cours de l'opération entreprise pour réduire la tête fémorale, Rehn reconnut qu'il s'agissait non d'une luxation, mais d'une sorte de migration de la cavité cotyloïde en bas et en dedans. Le malade ayant succombé plus tard à une affection intercurrente, on put examiner l'articulation. La cavité cotyloïde s'était étendue jusqu'au trou ovale; les os étaient atrophiés au niveau des insertions des muscles paralysés, et au contraire fortement épaissis au niveau des attaches de ceux qui avaient continué à fonctionner, tels que le psoas iliaque.

Rehn rejette la nature paralytique des luxations congénitales de la hanche, soutenue par Verneuil, car on ne trouve ni la réaction de dégénérescence dans les muscles du côté malade ni les résidus d'une poliomyélite antérieure dans la moelle. J. B.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Beiträge zu den Sensibiläts-Anomalien bei Lepra (Contribution à l'étude des anomalies de la sensibilité dans la lèpre), par Hermann SCHLESINGER (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, II, p.* 290, 1892).

Sur deux cas du service de Kaposi, l'auteur a examiné avec grand soin les modalités de la sensibilité dans la lèpre. Il arrive aux conclusions suivantes :

A côté des troubles ordinaires de la sensibilité qui se manifestent sous la forme d'un émoussement à peu près égal de toutes les formes de sensibilité, on trouve assez souvent des paralysies partielles de la sensibilité concernant, suivant les combinaisons les plus variées, les sens de la douleur, de la chaleur et du froid.

Ces paralysies partielles de la sensibilité ne se montrent ordinairement que par plaques, et souvent avec un caractère transitoire.

Parmi les autres anomalies de la sensibilité il convient de citer les rappels d'impressions douloureuses, la sommation des impressions douloureuses, la perversion du sens de la température, les paresthésies, les douleurs fulgurantes, ces dernières surtout au commencement de l'affection ; les hyperesthésies et les hyperalgésies au niveau des régions cutanées qui semblent saines, mais dans le voisinage des régions malades.

Au contraire, la sensibilité des parties profondes semble parfaitement conservée. PIERRE MARIE.

On a new form of epidemic skin disease, par Th. SAVILL (*Brit. med. Journ., p.* 56, 9 *janvier* 1892).

Seconde communication sur le même sujet, avec plus de détails relatifs à l'évolution et au diagnostic de la dermatose. L'auteur insiste surtout sur la contagion de l'affection prouvée par sa marche et les troubles généraux concomitants, analogues à ceux d'une fièvre éruptive : la contagion directe paraît démontrée par le fait qu'en dehors du dispensaire de Paddington tous les malades atteints de la dermatose avaient été en contact avec les gens de service et les malades. Des expériences bactériologiques ont été faites ; les microbes isolés appartiennent au staphylocoque blanc et doré, On les a trouvés non seulement dans les squames cutanées, mais dans le sérum du sang. Rien ne prouve qu'ils aient une action pathogène. (Voy. XXXIX, 614.) H. R.

Die Dermatitis herpetiformis (Dühring) und ihre Beziehungen zu verwandten Affectionen, par ITTMANN et LEDERMANN (*Archiv f. Dermat. u. Syph., XXIV*, 3, *p.* 381).

Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes : Il est juste d'élever

la dermatite herpétiforme au rang d'entité morbide. La description de la maladie donnée par Dühring est à élargir d'après les travaux de Brocq, d'Unna et d'Ittmann et Ledermann. L'impétigo herpétiforme ne rentre pas dans la dermatite herpétiforme, mais forme une maladie propre et autonome. Il paraît aussi admissible de détacher provisoirement l'herpès de la grossesse de la dermatite herpétiforme. L'herpès de la grossesse est à réunir avec des affections semblables de la grossesse en un groupe polymorphe pareil à la dermatite herpétiforme. Le nom de dermatite herpétiforme n'est pas juste, mais ne vaut pas moins que toutes les autres dénominations proposées pour ne désigner qu'un seul symptôme. Le nom proposé par Brocq, à part sa longueur, est juste, mais il ne renferme pas l'idée de maladie herpétiforme. R. JACQUINET.

Ueber toxische und neurotische Hautkrankheiten (Des dermatoses toxiques ou névrotiques), par EHRMANN (*Intern. klin. Runds.*, nº 16, 1891).

Au point de vue anatomique l'urticaire est caractérisée par un œdème du corps papillaire qui se produit sous une influence locale et que la même cause peut déterminer en d'autres points du corps. Une seule irritation locale suffit à éveiller l'excitabilité de tout système nerveux vasomoteur.

L'urticaire chronique n'est qu'une suite de récidives; au contraire, dans l'urticaire persistante on voit demeurer soit la pigmentation, soit les élevures.

L'urticaire peut certainement résulter de la pénétration d'un agent pathogène dans l'organisme (urticaire rhumatismale et paludique). L'urticaire *ab ingestis* est produite soit par un poison chimique, soit par une action réflexe dont la muqueuse de l'estomac est le point de départ.

Les agents médicamenteux qui causent habituellement l'érythème, produisent quelquefois de l'urticaire; au lieu d'agir directement sur la paroi des vaisseaux capillaires (érythème), ils excitent les nerfs vasomoteurs (urticaire).

Les processus qui donnent naissance à des vésicules ou à des pustules sans inflammation préalable sont des dystrophies; la paresthésie ou l'anesthésie indiquent leur nature névrotique. Le zona épidermique est caractérisé par son extension à plusieurs départements nerveux et par sa bilatéralité. LEFLAIVE.

Einige Bemerkungen über die Processionsraupen... (Quelques remarques sur les chenilles processionnaires et l'étiologie de l'urticaire endémique), par LAUDON (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., CXXV*, 2).

Laudon décrit la forme particulière des poils de la chenille processionnaire du pin. Ces poils se composent d'une tigelle principale hérissée latéralement de pointes aiguës. Si l'on prend quelques-unes des touffes que forment ces poils et si on les frotte sur la peau préalablement humectée, on voit apparaître dans cet endroit un érythème, accompagné de la formation de quelques papules.

L'examen microscopique montra que les poils avaient pénétré dans l'épiderme et même jusque dans le derme, où ils avaient produit une prolifération cellulaire.

Il est possible que l'action de ces poils ne soit pas seulement mécanique, mais qu'ils exercent une influence chimique sur la peau. Certains auteurs ont montré qu'ils renferment un poison, peut-être de l'acide formique. D'autre part, l'immersion préalable de ces poils dans l'alcool leur enlève une partie de leur action irritante.

Ces faits et ces expériences rendent très probable l'opinion que l'urticaire endémique serait due à l'action des poils des chenilles transportés par le vent. ÉD. RETTERER.

Chronic urticaria, associated with an eruption consisting of extremely itching papules followed by ringed pigmentation, par Wallace BEATTY (*The Brit. Journ. of derm., p.* 136, *mai* 1891).

Une femme de 23 ans est atteinte d'urticaire intense évoluant par poussées sous forme de larges éléments. Puis survient au bout de 4 mois une éruption de papules rouges, très prurigineuses, qui s'affaissent plus ou moins et se pigmentent à leur surface quelques jours après leur apparition. De cette façon il se produit à l'endroit même des anciennes papules une série de macules arrondies et allongées. L'auteur a publié antérieurement deux faits analogues. Cette dermatose diffère de l'urticaire chronique par les caractères suivants : apparition tardive de l'éruption, saillies n'ayant pas la teinte chamois, saillies beaucoup moins prononcées que dans l'urticaire pigmentée, formation de points blancs au centre des macules. R. JACQUINET.

Sur un deuxième cas de polydactylites suppuratives récidivantes, par HALLOPEAU (*Société de dermatologie, avril* 1892).

Après avoir rapporté l'observation d'un homme de 48 ans atteint de lésions suppuratives limitées aux doigts et aux faces palmaires des deux mains, Hallopeau la fait suivre des considérations suivantes. Chez des sujets prédisposés, les suppurations des doigts et de la paume de la main s'étalent en nappes, récidivent incessamment et résistent aux agents thérapeutiques. Elles peuvent amener un certain degré de sclérodermie; l'épaisseur que présente dans ces régions la couche cornée de l'épiderme, en favorisant la repullulation des microbes pyogènes comme dans un vase clos et en les protégeant contre les actions parasitaires, rend compte de ces phénoménes; l'asphyxie locale constitue une cause prédisposante à ces suppurations. Elles peuvent s'accompagner de poussées généralisées de dermite pustuleuse ; la muqueuse buccale peut être envahie par les mêmes lésions. Ces poussées généralisées peuvent s'expliquer soit par des invasions microbiennes, soit par la pénétration dans la circulation de poisons engendrés par les microbes des suppurations digitales. Cette dermatose diffère de l'eczéma, dans lequel elle paraît à tort avoir été englobée. R. JACQUINET.

Des érythèmes infectieux en particulier dans la diphtérie, par MUSSY (*Thèse de Paris*, 1892).

Plusieurs formes d'érythème infectieux s'observent dans la diphtérie : érythème polymorphe, rubéolique, scarlatinoïde et scarlatiniforme desquamatif. Ces variétés se retrouvent dans tous les cas d'une façon plus ou moins persistante, avec des transformations diverses, des récidives, etc. Elles sont souvent éphémères, et certaines formes, comme

l'érythème purpurique, sont difficiles à reconnaître. Les érythèmes de la diphtérie seraient dus au streptocoque isolé ou associé à d'autres microbes pathogènes. Le streptocoque n'agirait pas directement, mais plutôt par des produits solubles qui agissent sur les centres vaso-dilatateurs et favorisent la diapédèse. L'érythème a ordinairement une marche cyclique qui aide à fixer le diagnostic. Les érythèmes semblent d'un pronostic plus grave à la fin qu'au début de la diphtérie. F. BALZER.

Note sur l'évolution de la bulle, par M. TRIBOULET (*Annales de dermatologie, mars* 1892).

L'auteur rapporte l'observation d'un garçon de 23 ans, atteint d'une affection monomorphe, exclusivement bulleuse, non prurigineuse, chronique, à poussées successives, avec conservation de l'état général. L'examen bactériologique du liquide des bulles fut fait à diverses périodes de leur évolution, et montra le fait suivant : la bulle naît dépourvue d'éléments pyogènes, lesquels s'introduisent secondairement, et proviennent du dehors. Rien ne prouva qu'à côté des éléments pyogènes surajoutés il existait un organisme spécial à l'éruption bulleuse de ce malade. R. JACQUINET.

Pemphigus Neonatorum, bakteriologisch und epidemiologisch beleuchtet, par E. ALMQUIST (*Zeitschr. f. Hyg., X,* et *Hyg. Rundsch., I,* 828, 1er *octobre* 1891).

Dans les 9 cas de pemphigus des nouveau-nés qu'il a examinés, Almquist a trouvé un micrococque qui liquéfie la gélatine et dont les cultures sur agar ont l'aspect de traits jaunes faits avec des couleurs à l'huile. Il se rencontre dans le contenu des bulles, le plus souvent à l'état de diplocoque, pénètre fréquemment dans les cellules, à des dimensions de 05, à 1 μ et se colore bien avec toutes les couleurs d'aniline.

Almquist se l'est inoculé avec succès. Dès le lendemain, il existait au pourtour du point inoculé, de la rougeur et du gonflement ; le deuxième ou troisième jour se formait la bulle caractéristique contenant le micrococque. Almquist ne l'a pas rencontré dans le sang ; il n'est pas identique avec le staphylocoque pyogène doré. J. B.

Note préliminaire sur une erythrodermie inconnue et sur les raisons qui semblent la rattacher au lupus erythémateux exanthématique, pour servir à l'histoire générale des erythrodermies ou des erythématoses tuberculeuses, par Ernest BESNIER (*Société de dermatologie,* 21 *avril* 1892).

La tuberculose peut déterminer des érythèmes et des érythrodermies à la manière des autres maladies virulentes. Il y a peu de temps on pouvait prétendre que la présence réelle du bacille était nécessaire pour caractériser une altération de la tuberculose. Aujourd'hui on sait que des foyers de tuberculose peuvent exister à l'état latent, et se réveiller sous l'influence de toxines. Il y a lieu de faire intervenir dans la recherche de la nature des érythématoses inconnues, même résolutives et fugaces, la possibilité de cette origine tuberculeuse.

E. Besnier présente une jeune fille de 17 ans, ouvrière en perles, ayant eu au commencement de 1891 une attaque d'influenza et quelques mois après une commotion nerveuse, à la suite de laquelle elle éprouva des douleurs articulaires dans les membres supérieurs et vit se déve-

lopper lentement, sur le dos de l'avant-bras et de la main droite une éruption de taches érythémateuses à développement excentrique, prurigineux, desquamant finement et peu à peu de petites taches semblables autour des oreilles. L'éruption lente et torpide dans les 6 premiers mois, progresse à présent, d'une façon subaiguë et visible, elle a couvert la tête, le col, la partie antérieure du tronc, le pubis, les aines, la face interne et supérieure des cuisses, les régions fessières et trochantériennes. L'état général s'altère au fur et à mesure de l'extension des surfaces atteintes. La malade tousse, mais aucun signe fixe d'auscultation ni de percussion ne dénote une lésion pulmonaire et pleurale.

R. JACQUINET.

Note sur la pathogénie des ulcérations trophiques de la peau, par JACQUET (*Société de dermatologie*, 23 *avril* 1892).

Toutes les expériences antérieures se rapportent à des troubles trophiques survenus après une section nerveuse, mais il est important de savoir comment se comportent les tissus périphériques sous l'influence de l'irritation nerveuse. Jacquet, pour arriver à combler cette lacune, a injecté, suivant le procédé de Arthaud et Butte, 14 gouttes d'une solution d'huile de croton à 1 0/0 dans chacun des sciatiques d'un chien. Trois jours après, les orteils devinrent rouges, chauds et tuméfiés du côté droit, le 5e jour il y avait une exulcération au talon, et en 15 jours un gonflement considérable de la patte droite avec ulcérations très nettes sur chaque orteil. Quant à la patte enveloppée, on n'observa jamais rien qu'une atrophie rapide, et de plus en plus marquée. Il semble donc que pour les irritations nerveuses, les troubles trophiques cutanés n'apparaissent aussi qu'après intervention des traumatismes extérieurs.

R. JACQUINET.

Erythema keratodes der Handteller und Fussohlen, par BROOKE (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XIV*, 3).

L'auteur rapporte une deuxième observation du type morbide qu'il a le premier décrit sous ce nom : il est constitué surtout par un érythème nettement limité et chronique des paumes des mains et des plantes des pieds; il amène une hypertrophie de la couche cornée; il s'accompagne d'un œdème si considérable et d'une hyperesthésie telle que les mouvements se trouvent très gênés; concurremment, il se développe, sur les côtés des articulations digitales, des nodules symétriques, érythémateux et plus ou moins kératinisés; la maladie progresse d'abord graduellement pour rester ensuite stationnaire; elle guérit rapidement par l'application permanente d'une pommade à l'ichthyol et à l'acide salicylique; elle peut récidiver. L'auteur ne méconnaît pas les analogies que présentent ses faits avec ceux que Besnier a fait connaître sous le nom de kératodermie érythémateuse symétrique, mais ils en diffèrent, dit-il, par leur évolution.

H. HALLOPEAU.

Hydradenitis destruens suppurativa, par S. POLITZER (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XIV*, 4).

L'auteur a décrit sous ce nom une éruption identique à celle que Barthélemy a fait connaître sous celui d'acnitis ; l'examen histologique d'une

biopsie lui permet de la localiser dans les glandes sudoripares; il en conclut, à tort suivant nous, qu'elle se rapporte à l'hydrosadénite phlegmoneuse de Verneuil; il considère la folliculite exulcérante de Kaposi, comme une variété de la même maladie; il admet comme vraisemblable, sans avoir pu le démontrer, qu'il s'agit d'une infection localisée dans les glandes sudoripares. H. HALLOPEAU.

Ueber Angiokeratome, par J. PRINGLE (*Monatsh. für prakt. Dermatol*, *XIII*, 11 *et* 12).

Cette dermatose est constituée par de petites tumeurs vasculaires sanguines au niveau desquelles l'épiderme se trouve épaissi : elle siège surtout sur le dos des mains et des pieds; les sujets chez lesquels elle se développe sont sujets aux engelures. Elle a été décrite par W. Dubreuilh sous le nom de verrues télangiectasiques ; c'est Mibelli qui lui a donné le nom adopté par l'auteur. L'examen microscopique des néoplasies y dénote une hyperplasie considérable de l'épiderme en même temps que des dilatations vasculaires dans la couche papillaire enflammée; l'hypertrophie du corps muqueux de Malpighi est considérable. D'après l'auteur, l'altération initiale porte sur les vaisseaux : en raison d'une idiosyncrasie, des hyperémies réitérées amènent successivement, d'abord des dilatations permanentes des vaisseaux, puis une prolifération des cellules du corps muqueux et consécutivement l'hyperkératinisation ; c'est à tort que l'on a appliqué à ces néoplasies le nom de lymphangiomes circonscrits. On les fait disparaître en quelques semaines avec l'électrolyse.

H. HALLOPEAU.

Ueber die kapillaren Lymphangiome der Haut und über die Beziehungen des Lymphangiom capillare varicosum zum Angiokeratoma, par L. TŒRŒCK (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XIV*, 5).

L'auteur, dans un précédent travail en collaboration avec Noyes, a distingué trois formes de lymphangiomes capillaires : le lymphangiome variqueux, le tubéreux fibromateux et le caverneux. Il admet aujourd'hui que les tumeurs appelées lymphangiomes tubéreux ne sont que des hydradénomes; il maintient les deux autres formes. C'est à tort, selon lui, que Besnier a considéré comme des hématangiomes ou des angiokératomes des lymphangiomes capillaires. En effet, la lésion élémentaire du lymphangiome capillaire est une petite papule au sommet de laquelle on voit une très fine vésicule ; dans l'angiokératome, au contraire, le processus initial est constitué par une tache rouge liée à une dilatation des capillaires sanguins. Plus tard, dans le lymphangiome, les vésicules grossissent ; leur surface devient verruqueuse ; elles se réunissent en groupes ; l'éruption prend un aspect verruqueux; dans l'angiokératome, les éléments sont constamment plus disséminés ; enfin les angiokératomes ne se développent qu'aux pieds et aux mains, tandis que les lymphangiomes ont été rencontrés dans les régions les plus diverses. C'est également à tort que les vésicules des lymphangiomes ont été considérées comme formées aux dépens de capillaires sanguins et remplies de sérum. H. HALLOPEAU.

Impetigo contagiosa de Tilbury Fox (Clinique et pathogénie), par WICKHAM (*Union médicale*, 16 *février* 1892).

Les recherches bactériologiques de Wickham lui ont montré que les staphylocoques se trouvent dans toutes les sécrétions de l'impétigo, aussi bien dans les vésicules que dans les pustules, et ce dès les débuts de l'élément primitif, alors que la vésicule est encore claire ; il a rencontré indifféremment le staphylococcus aureus et l'albus.

Il a constaté que l'inoculation de l'un ou l'autre des staphylocoques pouvait reproduire l'impétigo de toutes pièces, que ces staphylocoques étaient identiques à ceux des autres suppurations, sycosis, etc., que le terrain lymphatique prédisposait à l'impétigo.

Il admet qu'il faut faire rentrer dans le même cadre une série de lésions cutanées impétigo, ecthyma, folliculites, furoncles, qui ne sont que des formes morbides d'une affection cutanée plus générale, polymorphe, produite par les staphylocoques, et que l'on pourrait désigner par le nom de staphylococie purulente cutanée. H. L.

De l'impétigo herpétiforme, par William DUBREUILH (*Annales de dermatologie, avril* 1892).

L'auteur, après avoir rapporté 10 observations d'impétigo herpétiforme, dont une personnelle, en passe en revue un certain nombre d'autres qui ont été publiées sous ce titre, à tort selon lui. Il décrit ensuite l'éruption caractérisée par des pustules contenant un pus assez épais, du volume d'une tête d'épingle et réunies en groupes. Cette éruption débute par le bas-ventre, peut envahir les muqueuses, et se fait par poussées. Il ne subsiste jamais de cicatrices. Les sensations subjectives sont généralement peu prononcées. L'impétigo herpétiforme, s'accompagne toujours d'une altération plus ou moins grave de l'état général. La durée peut varier de deux semaines à cinq mois. Le pronostic est toujours grave, quoique moins fatal qu'on ne l'a dit. Aucun traitement ne paraît avoir modifié le pronostic, seul le bain permanent aurait procuré du soulagement. Les lésions qu'on trouve à l'autopsie n'ont rien de bien spécial. Bien que les premiers cas aient été observés chez des femmes enceintes, on a vu aussi cette maladie apparaître chez les hommes. Les recherches bactériologiques n'ont donné aucun résultat positif. Enfin l'auteur termine en faisant le diagnostic de l'impétigo herpétiforme avec l'herpes gestationis, le pemphigus, le pemphigus végétant et la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique de Hallopeau.

R. JACQUINET.

Du pityriasis rubra (Hebra), par JADASSOHN (*Arch. f. Derm. und Syph.*, *XXIV*, 2, 1892).

Dans deux cas l'auteur a observé les lésions suivantes : infiltration du corps papillaire et du derme superficiel par des cellules embryonnaires agglomérées surtout sur le trajet des vaisseaux ; cette infiltration diminue dans les couches profondes de la peau, mais se retrouve encore autour des glandes sudoripares. Le derme contient un pigment jaune et brunâtre. Il y a prolifération des cellules du réseau de Malpighi ; toutefois ce réseau s'amincit dans les stades avancés de la maladie. La couche

granuleuse tend à disparaître, la couche cornée se décolle par lamelles et les noyaux de beaucoup de ses cellules conservent la propriété de se colorer. En somme, le phénomène de la desquamation se produit comme à l'état normal, à part ces modifications cellulaires. Le pityriasis rubra peut être considéré comme une affection primitive de l'épiderme avec altérations secondaires du derme. C'est un processus cachectique de la peau, comme l'ont admis Auspitz et Rinecker. Il y a bien accroissement dans la prolifération des cellules du réseau de Malpighi, mais ces cellules n'achèvent pas leur développement. F. BALZER.

Pityriasis versicolore (pathogénie et traitement), par de MOLÈNES et COSTILHES (*Arch. de méd.*, *octobre* 1891).

Le pityriasis versicolore a un pouvoir contagieux certain, mais bien inférieur à celui des teignes. Il constitue, d'après les auteurs, un phénomène secondaire apparaissant chez des individus atteints de troubles digestifs, d'origine stomacale ou intestinale. Dans les observations de pityriasis versicolore recueillies par les auteurs, il y avait simultanément des troubles digestifs et de la séborrhée.

Le traitement du pityriasis versicolore comprend deux indications : 1° détruire le microsporon furfur à l'aide de la teinture d'iode, des lotions à la résorcine, de l'oléate de cuivre ; 2° modifier le tube digestif à l'aide d'un traitement interne, dont les purgatifs et le naphtol formeront la base. RICHARDIÈRE.

Uræmic eruptions, par LECROSNIER LANCASTER (*Brit. med. J.*, *p.* 1099, *novembre* 1891).

L'auteur décrit une éruption survenue au cours d'une néphrite interstitielle, et caractérisée par des macules et des papules d'un rouge vif, localisées aux membres dans le sens de l'extension, puis à tout le corps. Sur certains points, cet exanthème devint desquamatif, sur d'autres exsudatif à la façon d'un eczéma; enfin parfois purulent. Le Crosnier regarde son pronostic comme grave. Sur huit cas, sept fois la mort survint un mois après son apparition. H. R.

Deux observations nouvelles pour servir à l'histoire clinique du mycosis fongoïde et particulièrement de la période prémycosique de cette maladie, par Ernest BESNIER (*Annales de dermatologie*, *mars* 1892).

Il s'agit d'abord, chez une femme de 59 ans, d'une forme de mycosis fongoïde à allures jusqu'à présent bénignes, à marche lente, à prurit modéré, présentant comme uniques éléments, des tumeurs diverses, molluscoïdes, épithélioïdes, tuberculeuses, et des plaques eczématoïdes et lichénoïdes. Les tumeurs du visage sont de l'espèce de celles qui sont auto-résolutives.

Le second malade âgé de 40 ans, est arrivé à la cinquième année de la maladie, et les altérations sont universelles, d'une intensité et d'une étendue extraordinaires, bien que la période végétante ne date chez lui que de cinq mois. Dans l'état actuel, la polymorphie de la dermatose est extrême, et on retrouve partout un processus exsudatif, suintant, eczématoïde.

L'auteur formule la proposition suivante : dans tous les cas de dermatose prurigineuse ambiguë, se prolongeant avec quelque tenue, rebelle aux moyens de traitement ordinaires, qu'elle revête la forme d'une erythrodermie vague, d'un psoriasis, d'un eczéma squameux, diffus, lichénoïde, etc., il

faut agiter la question de la possibilité d'un mycosis fongoïde à la période prémycosique. R. JACQUINET.

Ueber pseudoleukæmische Geschwülste der Haut und Musculatur, par RIEDEL (*Berlin. klin. Wochens.*, nº 40, *p.* 1002, 5 *octobre* 1891).

1er cas. — Jeune homme de 28 ans, ayant vu apparaître, dans le cours de 2 ans 1/2, des tumeurs aplaties, non nettement délimitées, indolentes, dans les muscles de la cuisse et du mollet gauches, des deux bras, de l'avant-bras droit, et enfin une tumeur de la grosseur d'une noix sur la corde vocale gauche. La tumeur du mollet était intimement adhérente à la peau rougie. Riedel l'incisa et constata que la presque totalité des muscles était remplacée par du tissu lâche ayant la structure du lymphome. La médication antisyphilitique avait été infructueuse.

2e cas. — Femme ayant au front et aux joues des tumeurs grosses comme le poing, offrant la structure du myxosarcome; après avoir rapidement diminué de volume, ces tumeurs recommencèrent à grossir, en même temps qu'on avait constaté le développement d'une tumeur en arrière du fond de l'œil. Un érysipèle étant survenu, toutes ces tumeurs disparurent. Un an plus tard, la malade présentait de nouveau des tumeurs volumineuses à la face et dans les ganglions cervicaux. Elles disparurent également à la suite d'un traitement par la liqueur de Fowler. Mais six semaines plus tard, elles avaient reparu, le foie et la rate étaient hypertrophiés; il existait de l'ictère, et le sang, qui, durant 9 ans, n'avait rien offert d'anormal, était devenu nettement leucémique. Mort prompte dans le collapsus. A l'autopsie, tumeurs leucémiques dans le foie et les poumons.

Riedel croit que la majeure partie des prétendus sarcomes qui guérissent soit spontanément, soit à la suite d'un érysipèle ou de la médication arsenicale, appartiennent en réalité aux tumeurs pseudoleucémiques ou leucémiques. J. B.

Zur Lehre von der Sklerodermie, par DINKLER (*D. Arch. für klin. Medic.*, *XLVIII*, *p.* 514).

Trois observations nouvelles de sclérodermie, dont une suivie d'autopsie. La sclérodermie est une maladie *sui generis*, caractérisée au début par une tuméfaction, à la fin par une atrophie du tégument externe. La tuméfaction est précédée de troubles vaso-moteurs plus ou moins accentués; la pigmentation fréquente de la peau n'a aucune valeur diagnostique. Cette maladie présente deux formes : l'une diffuse, l'autre circonscrite; mais cliniquement réunies en ce que la forme circonscrite peut devenir diffuse, et que souvent la forme diffuse s'étend par la formation de foyers circonscrits. Le processus de sclérose ne se localise pas à la peau; mais il peut être vu dans le cerveau et dans les muscles striés, quelquefois d'une façon primitive. Son étiologie est obscure.

A côté de la prolifération du tissu conjonctif, on note des altérations vasculaires. Celles-ci consistent en une artérite fibreuse atteignant les trois tuniques et se limitant à certains rameaux artériels, dans la forme circonscrite. L'état de la tuméfaction de la peau est en rapport avec une tuméfaction spéciale des fibrilles et des cellules fixes du tronc conjonctif. La transformation de ce tissu néoformé en tissu adulte et la rétraction fibreuse qui en résulte, expliquent l'atrophie consécutive de la peau. La nature de la maladie est inconnue, les altérations nerveuses ont toujours manqué, quand on a employé une technique convenable. Les lésions de

la substance grise de la moelle, admise par Chalvet et Luys, celles des ganglions rachidiens et du sympathique sont au moins inconstantes. Rien ne prouve sa nature infectieuse, en tout cas sa nature inflammatoire est contredite par la clinique et par l'anatomie pathologique. Il est plus probable que la sclérodermie est une maladie primitive des vaisseaux.

C. LUZET.

Xanthoma diabeticorum, par Malcolm MORRIS et J. CLARKE (*Brit. med. J. p.* 1310, 19 *décembre* 1891).

Homme de 27 ans, issu d'une mère diabétique. En juillet, développement de plaques rouges sur les membres, dans le sens de l'extension, rapidement modifiées par un traitement arsenical.

Récidive de l'éruption en septembre et en novembre, avec une cohérence beaucoup plus grande. L'éruption consiste en papules et en tubercules de dimensions variées, rouges à la périphérie, jaunâtres au centre. L'urine fut à ce moment trouvée sucrée. Le traitement antidiabétique amena la guérison de cette éruption.

La biopsie de l'exanthème a été faite. Les nodules jaunâtres sont situés à la partie profonde du chorion, en relation avec les follicules pileux. Ils sont constitués par des amas de graisse infiltrant les cellules, surtout autour des vaisseaux capillaires. En somme, il s'agit d'une dermatite chronique, profonde, entraînant une dégénérescence graisseuse précoce des cellules du derme. H. R.

Ein seltener Fall von Blasenausschlag in Folge von Antipyrin (Éruption à la suite de l'antipyrine), par VEIEL (*Archiv f. Derm. und Syph.*, *XXIII*, 1).

Homme robuste, âgé de 33 ans, fut atteint d'une vive céphalalgie que l'on traita par l'antipyrine. Bientôt après, prurit violent à la paume des mains, aux lèvres, à la plante des pieds et au gland; formation de bulles volumineuses, aux lèvres, à la voute palatine, aux pieds, avec apparition de placards ortiés aux pieds et aux mains. Le malade ressentit ces symptômes pendant trois ou quatre jours; il y eut de la desquamation au niveau des placards ortiés dans les jours qui suivirent : en même temps, le malade était courbaturé et très faible. Quatre semaines après, nouvel accès de céphalalgie et reprise des mêmes phénomènes à la suite de l'antipyrine. Plusieurs fois les mêmes accidents se reproduisirent, notamment au cours d'une arthrite rhumatismale du genou, accompagnée de céphalalgie violente. L'auteur, témoin d'une de ces éruptions, la reproduisit expérimentalement avec le consentement du malade. L'antipyrine, à la dose de $1^{gr},50$, produisit les mêmes phénomènes : érythème ortié avec prurit aux extrémités, au gland, aux lèvres, à la voûte palatine, avec fièvre intense à 39°2; des bulles se produisirent également à la voûte palatine. L'auteur a pu suivre, heure par heure pour ainsi dire, le développement des phénomènes éruptifs, qui durèrent plusieurs jours pour les muqueuses et jusqu'à trois semaines pour la paume des mains et la plante des pieds. F. BALZER.

Beitrag zur Favusfrage (Contribution à la question du favus), par PLAUT (*Centralbl. f. Bakt.*, *XI*, *p.* 357, 1892).

Plaut a réussi à obtenir des cultures pures du favus virulent, pouvant être réinoculé sur la peau humaine. Les cultures ont été faites sur la bouillie de viande peptonisée sur la gélatine peptonisée et glycérinée, sur la pomme de terre, sur l'œuf dur, sur le sérum sanguin. Les caractères du champignon sont les mêmes que ceux obtenus par Kral. C. LUZET.

Drei Favus Arten (Trois espèces de favus), par UNNA (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XIV*, 1).

L'auteur s'appuie sur l'observation et des expériences sur l'homme et les animaux pour admettre qu'il existe trois espèces distinctes d'achorion produisant trois espèces de favus : l'achorion euthytrix donne lieu, d'après lui, au favus qu'il appelle griseus, l'achorion dikroon au favus sulfureus tardus, l'achorion atakton donne lieu au favus sulfureus celerior.

Inoculés aux fesses de souris grises, ces trois variétés présentent des caractères différentiels qu'Unna résume ainsi qu'il suit :

. Dans le favus griseus, le godet est de dimensions moyennes, épais, plat ou élevé, non déprimé en forme d'assiette, d'un gris jaunâtre qui rappelle l'aspect de la cire, ni brillant ni lisse, traversé de toutes parts par des poils; dans le favus sulfureus tardus, le godet est très large, épais, déprimé en forme d'assiette, hérissé de petites saillies, d'un jaune blanchâtre, couleur de crème, lisse comme du cuir, brillant par places, non traversé par les poils.

Dans le favus sulfureus celerior, le godet reste petit, il est à sa surface déprimé en assiette, lisse sans éclat; sa couleur est, à sa périphérie, celle de l'or, dans sa partie médiane elle est blanchâtre.

H. HALLOPEAU.

Du favus épidermique circiné, par William DUBREUILH (*Sociéte de dermatologie*, 22 *avril* 1892).

Dubreuilh rapporte quatre observations d'herpès circiné favique, confondu par Hebra avec l'herpès circiné tricophytique et bien distingué par Köbner. Dans les trois premières observations, le favus herpétique a coïncidé avec une teigne faveuse du cuir chevelu; dans la quatrième, il s'est présenté isolément, mais sa nature s'est caractérisée ultérieurement par l'apparition de deux godets.

Dans le favus épidermique, le parasite est généralement assez abondant et facile à trouver, on trouve surtout des amas compacts formés au centre d'un enchevêtrement très dense de filaments de toutes dimensions, divisés en segments très courts par des cloisons très rapprochées, très flexueux, contournés et ramifiés à de courts intervalles. Il y a aussi des spores rondes ou ovalaires, inégales, souvent assez volumineuses, formant des chapelets tortueux ou des amas irréguliers provenant de la dissociation des chapelets.

R. JACQUINET.

Histologie du mycosis fongoïde typique, par L. PHILIPPSON (*Société de dermatologie*, 23 *avril* 1892).

Histologiquement l'auteur distingue quatre phases; la première caractérisée par la néoformation dans le derme et l'hypertrophie de l'épiderme; la seconde par la passivité de l'épiderme et l'agrandissement de la néoplasie; la troisième par l'infection secondaire des tumeurs, et la quatrième par les lésions régressives dans la néoplasie. Le fait le plus nouveau qui résulte de ces recherches, est que le mycosis se forme des cellules du tissu conjonctif.

Philippson arrive aux conclusions suivantes : le mycosis fongoïde

prend son origine dans les cellules conjonctives; il se range par conséquent parmi les granulomes. La période eczématiforme est anatomiquement déjà le commencement du granulome; les taches soi-disant eczémateuses sont un granulome mince et étendu. La biopsie de ces taches dans un cas ambigu est à même de faire le diagnostic, parce que la structure histologique en est très caractéristique. R. JACQUINET.

Vier Trichophytonarten (Quatre espèces de tricophyton,) par FURTHMANN et NEEBE (*Monash. f. prakt. Dermatol.*, *XIII*, 11).

Le trichophyton oïdiophoron donne des cultures dont la surface se colore en jaune citrin ou en brun; il amène, quand on l'introduit dans de la levure de bière ou du sérum, la formation de chaînes d'oïdium; il donne lieu cliniquement à la forme vulgaire de la tricophytie cutanée.

Le tricophyton eretmophoron donne des cultures colorées en jaune de soufre; il n'amène jamais la formation de chaînes d'oïdium; on ne peut le distinguer cliniquement du précédent.

Le tricophyton atractophoron donne des cultures qui s'étendent rapidement en surface et peu en profondeur; son mycélium est remarquable par la largeur et l'aspect fusiforme de ses éléments; il se caractérise, au point de vue clinique, par le développement rapide des éléments éruptifs; il ne paraît se développer que sur les parties glabres.

Le tricophyton pterygoïdes colore en jaune rougeâtre la gélatine qu'il liquéfie; on ne voit pas de cheveux cassés dans les plaques éruptives qu'il produit. H. HALLOPEAU.

Du traitement antiseptique des teignes et en particulier de la pelade par l'essence de cannelle de Chine, par BUSQUET (*Annales de dermatologie*, *mars* 1892).

L'auteur a employé l'essence de cannelle de Chine dans la proportion de 10 parties pour 30 p. d'éther sulfurique. Dans le favus il a obtenu rapidement le dessèchement des godets; l'herpès circiné cède aussi très vite au traitement. Dans la pelade il suffit d'un seul badigeonnage par jour avec un pinceau de coton pendant une durée moyenne de 3 à 5 semaines, pour obtenir des résultats satisfaisants. On peut conclure de ces résultats que l'essence de cannelle de Chine exerce une action énergique sur le parasite de la pelade et, en entravant son développement, permet au follicule de reproduire le cheveu. R. JACQUINET.

Contribution au traitement du sycosis, par Ernst KROMAYER (*Therap. Monatsh. avril* 1892).

Tout sycosis est parasitaire, il se propage par auto-infection épidermique. Il s'ensuit qu'il faut s'opposer à cette auto-infection et agir sur la partie malade. A la première indication s'adressent les pommades calmantes : tannin 2, soufre précipité 4, oxyde de zinc et amidon ââ 7, vaseline jaune 20 et l'épilation. Si ces moyens ne suffisent pas, on incisera, scarifiera, cautérisera, etc.

Les pustules seront ouvertes et touchées au nitrate d'argent. L'épilation doit être large et complète : poils malades et sains. La graisse de la peau empêche souvent toute désinfection sérieuse ; pour y réussir Kro-

mayer recommande d'employer une solution alcoolique de sublimé à 1 0/0. Il lave matin et soir, avec cette solution, la partie malade et la région voisine.

Par ce moyen il a obtenu dans 30 cas, dont quelques-une très graves, une guérison rapide et sans récidive. PAUL TISSIER.

Recherches bactériologiques sur un cas de farcinose humaine, par R. SABOURAUD (*Société de dermatologie*, 21 *avril* 1892).

Il existe deux procédés d'inoculation de cette maladie aux animaux; le premier consiste à recouvrir de pus suspect des scarifications faites sur le frontal de l'âne. C'est un procédé excellent, mais peu pratique dans les laboratoires. Straus a donné un procédé aussi sûr et plus maniable. C'est l'inoculation intra-péritonéale au cobaye mâle. Dans six jours il se produit une orchite spécifique qui augmente progressivement. Le bacille de la morve se cultive sans difficulté sur tous les milieux artificiels employés en bactériologie. Sur gélose, ses colonies sont des gouttelettes blanchâtres, plates, formant sur le milieu nutritif un relief mince. Mais sur la pomme de terre les colonies présentent un aspect absolument caractéristique, leur couleur varie peu, d'un brun rouge, chocolat ou brun gris café au lait. Le bacille offre une grande difficulté de coloration et peu de résistance aux décolorants. Il se colore par le bleu potassique de Lœffler ou le bleu phéniqué de Kühne, beaucoup mieux dans l'examen de pus morveux ou de culture que dans les coupes de tissus. A un très fort grossissement, il paraît coupé transversalement de bandes réfringentes et de bandes colorées. R. JACQUINET.

Zur Behandlung... (Traitement du lupus), par KRAMER (*Centralbl. f. Chir.*, 27 *février* 1892).

Le lupus ne doit être traité ni par la cautérisation, ni par l'igni-puncture, ni par le grattage. Il n'y a qu'une méthode rationnelle, c'est l'extirpation. Les parties malades sont enlevées jusqu'à la limite du tissu sain, c'est-à-dire jusqu'à la couche musculaire, comme s'il s'agissait d'une tumeur maligne. L'autoplastie se fait ensuite facilement par glissement et suture ou par les méthodes ordinaires. Il est à peine besoin de faire remarquer qu'on obtient ainsi des cicatrices linéaires dont la production est rapide, au lieu des cicatrices étendues, irrégulières et très longues à se former, auxquelles on aboutit par les moyens jusqu'ici préconisés.

MAURANGE.

Sur un cas de purpura infectieux, par LANNOIS et COURMONT (*Arch. de méd. expér.*, *IV*, 1).

Un homme anémié et surmené présente un purpura accompagné de troubles gastriques et de douleurs articulaires passagères. La fièvre devient vive, il se développe des adénites multiples, et la mort survient au milieu d'un état infectieux prononcé, avec phénomènes hémophiliques. L'examen bactériologique a montré qu'il s'agissait d'une infection à streptocoques ; les microbes étaient exclusivement localisés dans les ganglions enflammés. Les cultures inoffensives pour le cobaye, produisent chez le lapin l'érysipèle ou une ostéo-myélite. Ce fait est à rapprocher des cas d'adénie infectieuse aiguë Il est présumable qu'une toxine microbienne a agi sur le système vaso-dilatateur et favorisé les hémorragies. GIRODE.

Contribution à l'étude de l'influence de la lumière voltaïque sur la peau, par MAKLAKOFF (*Arch. d'opht., mars* 1892).

Ainsi qu'il l'avait déjà fait pour l'œil, l'auteur a voulu étudier l'action de la lumière électrique sur la peau. Il est connu que les substances qui ont la faculté de fluorescence quoique transparentes, retiennent les rayons chimiques (ultra-violets) : telles, les solutions de quinine, d'éosine, de chlorophylle, de fluorescéine, de pétrole, etc. S'étant enduit la partie gauche du thorax avec une solution de quinine dans la glycérine (10 0/0), l'auteur s'est exposé pendant 7 minutes à la lumière voltaïque à une distance de 2 à 3 mètres d'un foyer de soudage. Au bout d'une heure déjà, les douleurs dans les yeux apparurent, et une véritable ophtalmie électrique se déclara, en même temps que la peau non enduite de quinine devint hyperesthésiée et gonflée ; les lymphatiques et leurs glandes s'enflammèrent, en même temps que l'état général devenait assez mauvais, fièvre, agitation, etc. Jusqu'au 8e jour, la peau resta gonflée, rouge, puis une desquamation s'ensuivit : les parties de peau recouvertes de quinine, mais sur lesquelles les poils avaient empêché l'adhérence de la solution, étaient prises comme les autres. Quant aux conjonctives, elles se prennent par propagation de l'inflammation de la peau des paupières ; on ne peut donc garantir les yeux qu'en garantissant la peau de la figure contre l'influence de la lumière voltaïque. Pour les yeux, Maklakoff conseille les verres jaunes grisâtres, si peu teintés qu'ils soient; une solution d'aurantine dans la photoxyline pourrait utilement protéger la peau; les ombrelles jaunes seraient les plus utiles contre la lumière du soleil. ROHMER

Ein Fall von syphilitischer Reinfection, par Ernst FEIBES (*Berlin. klin. Woch., n°* 40, *p.* 988, 5 *octobre* 1891).

Homme de 23 ans, soigné une première fois par Feibes, il y a 21 mois. A cette époque, il perdait les cheveux depuis 4 semaines, après avoir eu des douleurs de tête. A la partie supérieure gauche du sillon coronaire, chancre induré, gros comme un pois.

Sur la verge, 2 ulcérations recouvertes de croûtes et suppurant abondament; 2 autres plus considérables, arrondies, à la face interne de la cuisse gauche.

Le premier ulcère remonte à 6 ou 8 semaines, les autres sont apparus il y a une dizaine de jours. Double pléiade inguinale un peu douloureuse. Roséole thoracique. Plaques opalines des amygdales et de la langue.

Injection de 15 demi-seringues de salicylate de mercure en suspension à 10 0/0 dans l'huile de paraffine. Pansement des ulcères à l'iodoforme. Au bout de cette médication, disparition complète des accidents.

Trois semaines plus tard, réapparition de plaques amygdaliennes, qui cèdent à 6 injections de 10 centigrammes de salicylate mercurique. Le chancre avait disparu sans laisser de trace. Il y a 6 mois, 2 grammes d'iodure pendant 6 semaines comme traitement préventif.

Il y a 4 semaines, cet homme revient consulter Feibes. A la suite d'un rapport sexuel remontant à 5 ou 6 semaines, il avait depuis une quinzaine, au côté gauche du frein, un chancre induré, un bubon syphilitique dans l'aine gauche et quelques croûtelles sur la tête. Traitement spécifique immédiat. Malgré la non-apparition de phénomènes secondaires, Feibes n'hésite pas à publier ce fait comme un exemple de réinfection syphilitique. (*R. S. M.*, VII, 651; IX, 230; XX, 648; XXV, 678; XXVI, 210; XXXVII, 585; XXXVIII, 221, 623 et 624.) J. B.

Altérations du sang dans la syphilis et sous l'influence du mercure, par BIRGANSKY (*Arch. f. Derm. und Syphilis, fasc.* 1, 1892).

L'infection syphilitique ne produit pas l'anémie qui a été étudiée par Willbouchewitch et par Galliard, et l'auteur pense que cette anémie devait tenir à d'autres causes qu'à la syphilis. En revanche les globules blancs deviennent notablement plus nombreux, surtout les globules blancs de petites dimensions et à un seul noyau. Il y a diminution au contraire des globules à noyaux multiples. La richesse du sang en hémoglobine est affaiblie. Le mercure augmente le nombre des globules rouges, quand il est bien toléré par le tube digestif et qu'une amélioration sensible se produit à la fois de ce côté et dans l'état général ; le contraire se produit quand le mercure trouble les fonctions digestives. L'accroissement du nombre des globules rouges après l'emploi de fortes doses d'hydrargyre s'explique aussi par la concentration du sang. Le mercure agit en sens inverse de la syphilis, en diminuant le nombre des globules blancs, surtout des petits globules à un noyau; le rapport des globules blancs aux globules rouges se rapproche de l'état normal. De même la richesse du sang en hémoglobine est augmentée, comme l'ont vu les auteurs cités. Des modifications de structure, mégalocytie, microcytie, s'observent dans les globules rouges quand le mercure est donné à trop fortes doses. F. BALZER.

An unusual mode of specific infection, par KEHOE (*Lancet*, 5 *décembre* 1891).

Observation curieuse d'un homme blessé, le 27 mai, d'un coup de couteau dans le dos. Induration suspecte, très nette de la plaie deux mois après la blessure. Le 7 août, roséole évidente. Aucune autre cause de contagion syphilitique ne pouvait être invoquée. A.-F. PLICQUE.

Quelques faits relatifs à la méthode de coloration de Lustgarten, par R. SABOURAUD (*Annales de l'Institut Pasteur, mai* 1892).

Dans aucun cas, en appliquant rigoureusement les indications de Lustgarten, R. Sabouraud n'a pu trouver le bacille décrit par cet auteur dans les néoplasies syphilitiques, par contre, il s'est convaincu qu'elle était une excellente méthode pour la coloration du bacille tuberculeux notamment dans le foie, où les méthodes ordinaires échouent.

Enfin, en renforçant l'action colorante parun mordançage préalable des tissus, il a pu obtenir une coloration remarquablement nette de la fibrine. PAUL TISSIER.

Syphilis du système nerveux, par GAJKIEWICZ (*In-8°. Paris*, 1892).

Cet ouvrage donne en deux cents pages l'histoire complète de la syphilis du système nerveux. L'auteur expose d'abord l'anatomie pathologique, les lésions vasculaires, la gomme cérébrale, l'infiltration syphilitique des méninges cérébro-rachidiennes, et il étudie ces lésions dans la syphilis acquise et la syphilis héréditaire. Les diverses formes de la syphilis cérébrale et de la syphilis de la moelle sont exposées avec détails, ainsi que les rapports de la syphilis avec la paralysie générale et le tabès. Les divers chapitres contiennent de nombreuses observations cliniques, la plupart inédites. Il en est de même pour la syphilis des

nerfs périphériques, notamment pour l'angine de poitrine syphilitique. Un chapitre spécial est consacré à l'étude de la fréquence et du temps d'apparition des symptômes de la syphilis du système nerveux. Le pronostic et le traitement sont résumés à la fin de cet ouvrage, qui renferme des documents nouveaux et intéressants. F. BALZER.

Tabes syphilitique précoce, par R. PAULY (*Lyon méd.*, 12 *juin* 1892).

Homme de 38 ans. Pas d'antécédents nerveux dans la famille. En septembre 1891, chancre mixte. En novembre, roséole papuleuse confluente; adénopathie généralisée. Dès ce moment, traitement intensif; 4 pilules de Dupuytren par jour. En décembre, plaques muqueuses de la bouche, de l'anus, iritis double.

En janvier 1892, crises laryngées, douleurs thoraciques, premiers signes de tabes qui va en s'accentuant malgré un traitement sévère. En février, la marche est difficile; en avril, l'incoordination est des plus marquées, il existe tous les signes du tabes classique. A. CARTAZ.

Ueber die Lues der Pleura, par Wladimir NIKULIN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 40, *p.* 981, 5 *octobre* 1891).

Deux cas de syphilis pleurale, l'une par extension de périostite costale, l'autre par inflammation primitive de la séreuse.

1° Homme de 45 ans; syphilis remontant au moins à 12 ans. Depuis 3 mois, affaiblissement, amaigrissement, fièvre résistant aux antipyrétiques, douleurs du côté droit et toux sèche continue. Urines normales. Dyspnée considérable. Asymétrie de la partie postérieure de la cage thoracique. Forte saillie du côté droit, au-dessous et à droite de l'omoplate, à quatre travers de doigt du rachis, dans l'étendue d'une feuille de papier in-octavo. A ce niveau, tuméfaction dure, douloureuse à une forte pression et contours des côtes indistincts. Matité. La tuméfaction disparaît insensiblement dans la ligne axillaire. Murmure vésiculaire affaibli à la partie supérieure, absent à la partie inférieure de la tuméfaction. Cinq ponctions exploratrices ne donnent que des résultats négatifs. Sous l'influence d'un traitement ioduré, disparition rapide de tous les phénomènes morbides.

2° Homme de 40 ans; syphilitique depuis 19 ans. Douleurs en divers points du thorax, toux, oppression et fièvre. Urines normales. Sueurs profuses. Percussion négative. Bruit de frottement intense dans toute l'étendue de la poitrine, sans aucun râle. Amaigrissement et affaiblissement depuis 4 mois. Fièvre et toux rebelles à toutes les médications. Le frottement pleural, non modifié par plusieurs vésicatoires, céda, ainsi que les autres symptômes, à l'iodure (*R. S. M.*, XXXIX, 215). J. B.

Syphilis brightique précoce, par PRENDERGAST (*Thèse de Paris*, 1892).

A la période secondaire la syphilis détermine des néphrites aiguës ou chroniques d'emblée. La syphilis brightique précoce n'est pas une simple albuminurie; elle se caractérise essentiellement par l'action que le traitement spécifique a sur son développement et son aspect général. Ce traitement doit être indiqué à tous les syphilitiques qui deviennent albuminuriques, alors même que les apparences sont contraires à l'hypothèse d'une intervention de la syphilis dans la pathogénie de l'affection. Le traitement est celui des manifestations de la syphilis secondaire; le mercure sera de préférence employé en frictions. Il faut analyser de temps en temps l'urine des syphilitiques, puisque l'albuminurie peut exister sans anasarque ni œdème. F. BALZER.

Ueber die Beziehungen der Syphilis zur Nierenchirurgie (Syphilis du rein et chirurgie rénale, par J. ISRAËL (*Deutsche med. Woch., n° 1, p.* 5, 1892).

Dans deux cas, l'auteur a pratiqué avec succès l'extirpation de reins syphilitiques ; le premier simulait une tumeur.

La première opérée fut une femme de 23 ans dont le rein droit était pourvu d'une capsule épaisse, œdématiée et sillonnée de dépressions cicatricielles. L'hypertrophie portait surtout sur la moitié inférieure de l'organe, qui était bosselée. Il y avait néphrite interstitielle avec péri et para-néphrite hyperplastique. Au microscope, on trouvait, dans le tissu conjonctif épaissi, de nombreuses cellules rondes et des amas graisseux considérables.

Le second fait se rapporte à un homme de 39 ans, qui présentait une fistule à la région lombaire gauche. L'auteur diagnostiqua une caséification rénale d'origine tuberculeuse. Ici l'organe ne paraissait pas tuméfié.

L'existence du tissu cicatriciel induré rendit l'opération fort difficile.

En réalité, le rein était diminué de volume ; la surface présentait des saillies nodulaires, grosses comme des cerises, contenant une substance jaune et molle; des foyers caséeux existaient également dans la profondeur du parenchyme rénal Pas de tubercules, pas de bacilles. C'est une dégénérescence gommeuse du rein. L. GALLIARD.

Syphilomatose ulcérante de la face, aiguë, lupoïde ou scrofuloïde. Syphilis ignorée, conceptionnelle ou héréditaire. Alcoolisme, par Ernest BESNIER (*Société de dermatologie*, 21 *avril* 1892).

Une femme de 30 ans présente une vaste et profonde ulcération qui occupe toute la lèvre supérieure et les parties attenantes de la sous-cloison, et la partie latérale gauche de la face. Cette ulcération d'aspect blafard est limitée par un bord relevé en forme de bourrelet saillant, et entouré du côté de la peau saine d'une étroite bordure erythémateuse à teinte rose vif. A l'entour ni contre les bords ni à distance, aucune lésion de la peau. Il s'agit d'une forme de syphilomatose gommeuse en nappe, ne différant des syphilides tuberculo-ulcéreuses vulgaires, que par un état floride plus accentué, une coloration moins sombre, et un processus plus actif. L'origine la plus probable de l'infection syphilitique est la conception et le facteur de gravité complexe parait résider dans les conditions professionnelles et alcooliques de la malade, en même temps que dans l'absence de tout traitement antérieur régulier. Dès la seconde semaine du traitement mixte la régression était déjà très avancée. R. JACQUINET.

Contribution à l'étude de la syphilide maculeuse plus spécialement chez les indigènes au Dispensaire municipal d'Alger, par A. REY et CHALANÇON (*Annales de dermatologie, mars* 1892).

Les auteurs rapportent dans leur travail 16 observations de syphilide maculeuse chez les indigènes, 5 chez des Françaises et 7 chez des Espagnoles ; ils arrivent aux conclusions suivantes : la syphilide maculeuse s'observe chez les races indigènes de l'Algérie. Elle est notablement plus étendue qu'en France, et semble se montrer dans les délais classiques après le syphilome primaire. Plus fréquente encore chez les Espagnoles, elle semble comme étendue et comme intensité de teinte servir d'intermédiaire entre la France et ses sujets de l'Afrique du nord. Le lymphatisme constitue un terrain favorable au développement de la syphilide pigmentaire. Les noms de syphilide pommelée, de syphilide

maculeuse sont impropres, parce qu'ils sont tirés d'une illusion d'observation qu'ils consacrent, et le nom de syphilide pigmentaire est incomplet, car il peut s'appliquer à des lésions absolument différentes.

Cette forme de syphilide devrait, d'après Rey et Chalançon, porter le nom de syphilide pigmentaire réticulée. R. JACQUINET.

Tardy hereditary syphilis of the bones (Syphilis héréditaire tardive des os), par G. DAVIS (*N. York med. journ.*, p. 85, 23 *janvier* 1892).

Quatre cas de syphilis héréditaire tardive se manifestant par des déformations du squelette (spécialement tibia et os de l'avant-bras.)

1° Garçon de 15 ans, appartenant à une famille de 14 enfants, dont 9 ont succombé en bas âge. La mère a eu cinq fausses couches et le père avoue la syphilis. Le tibia gauche présente un épaississement qui commence au-dessus de la cheville et s'étend jusqu'au voisinage de la tubérosité antérieure. Il offre une convexité antérieure très marquée et un allongement de deux pouces, si on le compare au tibia du côté opposé; de là l'inclinaison du bassin vers la droite et la courbure de la colonne vertébrale. Le genou est porté en dedans (genu valgum). Le péroné gauche paraît absolument indemne. Le péroné droit offre un épaississement manifeste. Le traitement spécifique ne détermine, sous les yeux de l'auteur, qu'une amélioration légère.

2° Garçon de 13 ans, ayant eu, à l'âge de 18 ans, une douleur à l'un des poignets; on suppose du rhumatisme. Il est le 7e de 14 enfants, dont cinq ont succombé. Pas de manifestation syphilitique démontrée chez les enfants. Il présente une hypertrophie fusiforme de l'os de l'avant-bras gauche; le squelette des jambes est également tuméfié.

Peu de modification sous l'influence du traitement.

3° Garçon de 11 ans, a souffert de douleurs considérées comme rhumatismales. Déformation des tibias qui offrent la convexité caractéristique. Aspect fusiforme du squelette des avant-bras. Un nodule de l'extrémité inférieure du péroné gauche a disparu spontanément. Amélioration très marquée de l'état des jambes. Guérison presque complète des bras par le sublimé et l'iodure de potassium.

4° Garçon de 13 ans, traité à l'âge de 4 ans pour un gonflement du cou-de-pied droit, à cinq ans pour la même maladie au côté opposé. La longueur du tibia droit dépasse d'un pouce celle du gauche. Il y a plusieurs plaies au niveau du tibia gauche, et une suppuration abondante. Le pied droit est dans l'attitude de valgus.

On ne découvre pas trace de syphilis chez les parents.

Après six semaines de traitement, le tibia gauche a repris son volume normal. Les douleurs cessent, mais à droite la suppuration commence; on voit sortir quelques petits fragments osseux; il y a une plaie profonde au voisinage du tendon d'Achille. L. GALLIARD.

Ueber syphilitische Mastdarmerkrankung (Syphilis rectale), par E. HAHN (*Deutsche med. Woch.*, n° 4, p. 69, 1892).

La rectite ulcéreuse d'origine syphilitique s'est accompagnée, dans ce cas, d'ulcérations de l'intestin grêle et de dégénérescence amyloïde de la rate et des reins.

Femme de 33 ans, dont les antécédents sont mal connus, ayant un rétrécissement à cinq centimètres de l'anus avec des signes d'obstruction intestinale. Colotomie le 23 novembre. Mort le 8 décembre.

Autopsie. Cicatrice épaisse au point indiqué. Au-dessus de ce point, sur une étendue de 11 centimètres, ulcérations très vastes, laissant à peine

quelques espaces sains à la surface du rectum. Dans l'iléon commencent, à 1 centimètre et demi de la valvule, des ulcérations grandes comme des pièces d'un à cinq marks et qui sont au nombre d'une douzaine. Elles ont des bords calleux. A 25 centimètres de la valvule, on trouve un rétrécissement étroit de l'iléon, dû à des cicatrices. Les parois de l'intestin sont épaissies à ce niveau. Pas de péritonite.

Rate et reins amyloïdes. Foie gras. Cœur normal. Pneumonie hypostatique à droite. Pas de tubercules.

Épaississement périostique au bord antérieur des deux tibias. L. GALLIARD.

A propos de l'excision du chancre syphilitique, par P. SPILLMANN (*Rev. méd. de l'Est*, *n°* 1, *p.* 11, 1892).

Spillmann relate entre autres l'observation d'une femme chez qui, malgré l'excision pratiquée *à temps*, l'infection secondaire s'est produite. Aussi, tout en s'inscrivant contre l'efficacité de la méthode abortive chirurgicale, l'auteur proteste contre les interventions profondes, compliquées d'anesthésie, dont le malade conservera le souvenir par des stigmates indélébiles et surtout inutiles. PIERRE PARISOT.

Recherches sur l'absorption et l'élimination du mercure après les injections de salicylate d'hydrargyre, par K. E. LINDEN (*Finska läkares. handlingar, XXXIV*, 3, *p.* 191).

Les recherches de Linden ont porté sur 305 analyses, réparties sur 32 cas ; 237 eurent lieu après injection de salicylate dans la parafine au 10ᵉ, 8 après injection de calomel, 32 après traitement interne, 19 après les frictions et 9 après traitement mixte.

De ces analyses d'urine faites par la voie d'électrolyse, l'auteur conclut que l'absorption du mercure se fait très rapidement ; au bout de deux heures on en trouve dans l'urine ; le mercure augmente beaucoup dans ces douze heures, puis va diminuant vers le deuxième, troisième jour. Après la dernière injection, la quantité de mercure contenue dans les urines s'accroît rapidement jusqu'au troisième ou quatrième jour, puis elle diminue progressivement dans la quinzaine qui suit :

Dans 24 0/0 des cas on a trouvé une petite quantité de mercure au deuxième mois, depuis la cessation du traitement. A une époque plus éloignée, les recherches ont été négatives.

Après les frictions, l'apparition du mercure est plus tardive qu'après les injections ; de même pour le traitement interne. A. CARTAZ.

I. — Meccanismo di azione delle iniezoni di calomelano, par de MICHELE.

II. — Cura della sifilide per mezzo delle iniezoni intramuscolari d'ossido idragiallo di mercurio e di calomelano nell' olio di vaselina, par MANGANOTTI.

III. — Del calomelano frizionato sulla pelle nella cura della sifilide, par BOVERO (*Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle, fasc.* 1, 1892).

I. — De Michele a fait une série d'expériences d'injections de calomel chez les animaux. Il ne peut se prononcer sur la question de savoir si le calomel est absorbé dans les tissus sous forme de bichlorure. Pour lui le calomel est la préparation mercurielle la mieux tolérée par les tissus. Il y provoque un processus inflammatoire subaigu, aboutissant à la formation d'une petite cicatrice persistante dans le parenchyme muscu-

laire. Une dose de 20 centigrammes demande environ 15 à 20 jours chez l'homme pour être transformée et absorbée. L'auteur admet que cette transformation est très notablement activée par l'emploi des iodures. Il considère les injections de calomel comme réalisant un progrès réel dans le traitement de la syphilis.

II. — Manganotti rapporte une série d'observations de syphilis traitées par les injections d'oxyde jaune de mercure suspendu dans l'huile de vaseline et place cette méthode au-dessus des autres procédés de mercuralisation.

III. — Bovero emploie le calomel en frictions selon la formule suivante: calomel, 50 centigrammes à 1 gramme; lanoline, 3 grammes; beurre de cacao, 1 gramme, pour une seule friction. Tous les 5 ou 8 jours on fait une friction pendant 20 ou 25 minutes; 5 ou 7 frictions suffisent pour obtenir la disparition des accidents secondaires. Après un repos de 2 à 3 semaines, cure iodique à la dose de 1 gramme ou 1gr,50 par jour. Il prescrit ainsi des séries alternées de cures par les frictions de calomel et par l'iodure de potassium pendant le première et au besoin pendant la seconde année de la syphilis. Les frictions au calomel sont d'un emploi plus facile que l'onguent napolitain, principalement dans la clientèle de la ville. F. BALZER.

Recherches expérimentales sur le chancre mou, par L. JULLIEN (*Société de dermatologie, 21 avril* 1892).

En pratiquant des inoculations en série du pus du chancre mou, Jullien a reconnu que la première pustule d'inoculation A, donna un pus qui s'inocule positivement en B, mais le pus de B, inoculé en C, ne donna aucun résultat. Il a pu s'assurer de l'abondance et de la variété des microbes que l'on constate dans le pus originel. Mais lorsqu'on examine la sécrétion des pustules des inoculations pratiquées d'une façon antiseptique, on ne trouve aucun micro-organisme, néanmoins ce pus est encore virulent. L'auteur a tenté la culture du chancre mou dans différents milieux, mais sans résultat. Pour expliquer la perte de virulence entre la troisième et la quatrième génération, il se pourrait fort bien qu'il s'agît là de phénomènes d'association microbienne ou de symbiose. R. JACQUINET.

Albuminurie compliquant les phases aiguës de la blennorragie, par BALZER et SOUPLET (*Annales de dermatologie, février* 1892).

Depuis leur première communication, ces auteurs se sont attachés surtout à mettre en relief l'albuminurie blennorragique relevant de l'infection générale et à établir sa pathogénie. 424 malades ont été examinés, et 54 ont été trouvés albuminuriques; toutes les causes d'erreur dans l'examen des urines ont été évitées. Il y a deux variétés symptomatologiques, l'une silencieuse, latente, légère, constituant le groupe de beaucoup le plus nombreux, l'autre plus bruyante, caractérisée surtout par un état gastrique marqué, une grande prostration et une inactivité psychique à peu près complète. La durée varie d'un septénaire à 15 et 21 jours. L'état gastrique, avec langue large, mais non épaisse, d'aspect blanchâtre plutôt que franchement sale, dure autant que l'albuminurie et paraît en corrélation étroite avec elle. Les faits précédents, semblent bien relever de l'infection générale, mais il en est d'autres, accompagnés

de cystite, où l'influence de l'urétéro-pyélite ascendante est incontestable. On peut distinguer au point de vue pathogénique et clinique 4 groupes de faits : l'albuminurie est liée d'une manière évidente à la cystite avec propagation ascendante; l'albuminurie est liée suivant toute probabilité à ce même processus ascendant; l'albuminurie est liée à la blennorragie compliquée d'orchite; le plus souvent l'albuminurie peut dépendre tout à la fois de la pyélo-néphrite et de l'orchite, l'infection générale ayant ainsi une double cause.

On ne peut incriminer les balsamiques, car le plus grand nombre des malades arrivent à l'hôpital sans avoir subi aucun traitement et présentent cependant l'albumine dans l'urine. Le salol, incriminé, n'a pas semblé plus à redouter que l'opiat. L'infection a pour point de départ l'étendue des surfaces enflammées, et la fréquence de l'albuminurie au cours de l'orchite justifie cette manière de voir.

Le traitement consiste en repos au lit, régime lacté absolu ou mitigé, boissons alcalines (bicarbonate de soude et salicylate de soude, à doses faibles dans une limonade au citron). R. JACQUINET.

Le rhumatisme blennorragique chez l'enfant, par A. BÉCLÈRE (*Société de dermatologie*, 22 *avril* 1892).

Le rhumatisme blennorragique existe dans le jeune âge et reconnaît 3 modes étiologiques différents : l'ophtalmie blennorragique, particulièrement celle des nouveau-nés, la vulvo-vaginite blennorragique consécutive à des tentatives de viol; enfin et c'est peut-être le mode étiologique le plus fréquent, c'est au moins le plus facilement méconnaissable, la vulvo-vaginite blennorragique qui n'est pas d'origine vénérienne, mais dérive d'une contagion involontaire, accidentelle, le plus souvent familiale. R. JACQUINET.

Les complications nerveuses de la blennorrhagie, par Paul RAYMOND (*Gaz. des hôp.*, n° 103, 1891).

Parmi les névralgies d'origine blennorragique la sciatique est une des mieux connues. A côté d'elle il convient de placer la névralgie crurale, et la névralgie lombo-abdominale. Les mêmes auteurs ont observé aussi les manifestations spinales de la blennorragie dans un certain nombre de cas. Douleurs dorso-lombaires, en ceinture, élancements fulgurants dans les membres inférieurs avec hyperesthésie, parésie avec exagération des réflexes, trépidation épileptoïde. Tels sont les principaux symptômes méningo-médullaires que l'on signale en pareil cas et qui se reproduisent parfois à plusieurs reprises chez le même individu, suivant les rechutes ou les récidives de la blennorragie. Ces accidents surviennent habituellement en même temps que les manifestations articulaires du rhumatisme blennorragique. Mais ils peuvent aussi en être indépendants et porter non seulement sur les membres inférieurs, mais aussi sur les membres supérieurs, comme l'ont vu Charcot et Ferrier. La thèse de Dufour (Paris, 1889) est une étude d'ensemble de ces accidents qui peuvent aller jusqu'à la myélite la mieux caractérisée. Pourtant Charcot, sans trancher la question, a mis en doute l'existence de la méningo-myélite émanant directement de l'infection blennorragique. La coexistence si fréquente de ces manifestations médullaires avec les ar-

thropathies lui semble devoir les faire rattacher au groupe des myélopathies d'origine articulaire. L'auteur rapproche encore de cette série d'accidents les atrophies musculaires observées surtout dans ces dernières années par Fournier et F. Raymond, atrophies qui peuvent être généralisées comme dans le cas publié par ce deraier auteur.

Du côté des organes des sens, la névrite optique (Panas), la diplopie, la surdité passagère (Fischel) ont été également l'objet d'observations récentes. La plupart des auteurs hésitent à proclamer l'origine infectieuse de ces accidents. L'auteur se rattache au contraire à cette interprétation en faisant remarquer que la blennorragie infectieuse à accidents graves, avec arthropathies généralisées, persistantes, se retrouve presque toujours dans les faits rapportés. F. BALZER.

Ueber gonorrhoische Peritonitis beim Manne (**La péritonite blennorragique chez l'homme**), par **HOROWITZ** (*Wien. med. Wochenschr.*, n°s 2 *et* 3, 1892).

La péritonite blennorragique n'épargne pas plus l'homme que la femme. A la suite d'une épididymite, on voit parfois le bas-ventre devenir rénitent et douloureux; il y a de la fièvre, de la tendance aux vomissements. La guérison s'obtient au bout de quatre ou cinq semaines. Quelquefois le petit bassin suppure et la mort peut même survenir.

L'inflammation peut se propager au péritoine par trois voies : 1° le long des vaisseaux sanguins et lymphatiques du cordon; 2° par l'extrémité supérieure du canal déférent que recouvre le péritoine du cul-de-sac de Douglas; cette extrémité, analogue comme structure aux vésicules séminales, est fréquemment le siège d'abcès; 3° par un vaisseau lymphatique qui accompagne le canal déférent jusqu'au bas-fond de la vessie, et va ensuite se jeter dans un ganglion situé contre la paroi postérieure du petit bassin.

Des observations cliniques et anatomiques montrent l'exactitude de ces trois théories pathogéniques. LEFLAIVE.

Ueber die sog. gonorrhoische Harnblasenentzündung (**Sur la prétendue cystite gonorrhéique**), par **DU MESNIL** (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXVI*, 3).

Sur une femme atteinte de gonorrhée et de cystite, puis morte d'urémie, du Mesnil constata la présence de gonocoques dans la muqueuse urétrale, et leur absence dans la vessie, les uretères et les reins.

A la suite d'expériences nombreuses faites avec du pus blennorragique, du Mesnil conclut que le pus blennorragique n'est pas capable de produire la fermentation ammoniacale de l'urine. Par conséquent, si l'urine devient alcaline et ammoniacale pendant la cystite, celle-ci n'est point nécessairement produite par les gonocoques. ÉD. RETTERER.

Quarante-six examens de sperme au cours de l'orchite double, par **BALZER** et **SOUPLET** (*Société de dermatologie*, 23 *avril* 1892).

Quelle est la gravité de l'orchite double par rapport aux fonctions de la glande spermatique? La plupart des auteurs expriment sur ce point une opinion arrêtée. Balzer et Souplet ont examiné le sperme de 46 individus atteints d'orchites doubles. Ces orchites doubles ont été réparties en trois classes, la première, orchites récentes, comprend tous

les cas où les deux orchites datent de moins de 6 mois. La seconde, orchites anciennes, renferme les cas d'orchite double dans lesquels la dernière épididymite en date remonte à 6 mois au moins. La troisième, orchites de dates diverses est réservée aux faits qui ne rentrent pas dans les deux cadres précédents. Les résultats de la dernière classe sont incertains; mais sur 34 cas d'orchites récentes blennorragiques on a 3 résultats positifs, et sur 6 cas d'orchites anciennes blennorragiques 5 résultats positifs. R. JACQUINET.

Sur une variété de balano-posthite inoculable, contagieuse, parasitaire. La balano-posthite érosive circinée, par BERDAL et BATAILLE (*La Médecine moderne*, 30 *avril*, 14, 21 *et* 28 *mai* 1891).

Les auteurs ont étudié à l'hôpital du Midi une forme de balano-posthite caractérisée cliniquement par le développement, d'abord au niveau du sillon balano-préputial, d'une érosion rouge, très superficielle, entourée d'un liseré blanc légèrement saillant, érosion qui s'étend progressivement et excentriquement et qui, en se réunissant à des érosions analogues de voisinage, donne lieu à une surface érodée à bords polycycliques; lorsque l'érosion a acquis une certaine étendue, elle donne lieu à une sécrétion purulente assez abondante; des érosions semblables se développent sur le prépuce et à la surface du gland, qu'elles marbrent irrégulièrement et finissent par le recouvrir entièrement; elles s'arrêtent au niveau du méat urinaire et n'envahissent pas l'urètre. Cette forme de balano-posthite, très distincte cliniquement des balanites irritatives, se développe surtout chez les gens dont le gland est recouvert par le prépuce. On la rencontre de préférence chez les jeunes gens; elle ne se développe jamais qu'après le coït. Elle récidive assez fréquemment. L'inoculation réussit à la condition qu'elle soit pratiquée non sur la peau mais sur la muqueuse du gland. La balano-posthite ainsi obtenue reproduit trait pour trait celle qui se développe spontanément ou mieux après le coït. Il s'agit sans aucun doute d'une affection parasitaire; mais il est impossible de déterminer quel est le parasite qui la produit; peut-être est-ce une spirille que l'on découvre constamment dans les sécrétions de cette balanite, qui fait défaut dans les autres formes de balanites et dans les diverses ulcérations des organes génitaux et qui enfin se retrouve sur les coupes de la muqueuse dans la balano-posthite érosive. L'impossibilité de cultiver et, par suite d'inoculer les cultures de ce parasite ne permet pas de trancher la question. GEORGES THIBIERGE.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Essai d'interprétation pathogénique de certaines névroses post-infectieuses, par J. CRESPIN (*Thèse de Lyon*, 1891).

Après une maladie infectieuse, les troubles nerveux qu'on peut observer dépendent d'une lésion organique ou revêtent la forme

de névroses. La marche de ces névroses d'origine infectieuse n'aurait d'ailleurs rien de particulier.

La pathogénie de ces troubles nerveux non organiques est complexe; les microbes et leurs toxines y jouent un rôle, de même que les poisons fabriqués par l'organisme, lorsque ces derniers sont insuffisamment transformés ou éliminés. Cette insuffisance dans les transformations chimiques ou dans l'élimination doit être surtout attribuée au mauvais fonctionnement du foie et du rein et probablement aussi de l'intestin, de la peau, de diverses glandes.

C'est l'hérédité qui détermine l'orientation spéciale de ces troubles nerveux, soit vers l'hystérie, soit vers la neurasthénie ou vers l'hystéro-neurasthénie.

Cette thèse contient une vingtaine d'observations résumées ayant trait à un certain nombre de troubles nerveux consécutifs à des infections diverses. PIERRE MARIE.

Ueber traumatische Neurosen, par DUBOIS (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 17, p.* 521, *et n°* 18, *p.* 557, 1er *et* 15 *septembre* 1891).

1° Il est incontestable que diverses névroses peuvent apparaître à la suite d'accidents de toute sorte et souvent, en particulier, à la suite de blessures insignifiantes, dans lesquelles le traumatisme psychique est la chose principale. La tare névropathique favorise l'apparition de ces névroses, mais il n'est pas toujours possible d'en démontrer l'existence.

2° Dans la plupart des cas on peut, sans difficulté, faire rentrer les troubles morbides dans le cadre de l'hystérie (hystéro-traumatisme des Français). Très souvent l'hystérie se mêle à des symptômes neurasthéniques ou ces derniers existent seuls (neurasthénie traumatique).

On observe aussi des états intermédiaires menaçant aux psychoses proprement dites, telles que l'hypocondrie et la mélancolie, par exemple, ou à la démence progressive. Enfin, il peut survenir des troubles assez persistants et assez graves pour faire songer à des lésions anatomiques, à des processus de sclérose.

3° Le tableau clinique ne se distingue en rien de celui des névroses et psychoses d'autre origine.

Les anamnestiques seuls renseignent sur la pathogénie de ces accidents, et l'expression de névroses traumatiques ne sert qu'à accentuer leur étiologie.

4° D'une façon générale, le pronostic des névroses traumatiques est fâcheux, mais c'est le fait de l'hystérie et de la neurasthénie, quelle qu'en soit la cause.

5° La simulation est rare et facile à dépister. J. B.

Leçons sur l'alcoolisme, par VILLARD (*In-8°, Paris,* 1892).

On devient alcoolique de différentes façons, mais il faut tenir compte surtout de la résistance individuelle à l'action du poison et de la prédisposition héréditaire. L'action exerce son influence sur les organes et sur les tissus les plus vulnérables, et en particulier sur le système nerveux, car on peut dire qu'il est la pierre de touche de la résistance du cerveau et du système nerveux. L'alcoolisme aigu ne provoque guère que des

troubles fonctionnels, mais dans l'alcoolisme chronique on trouve des lésions profondes de l'estomac, de l'intestin, du foie, du pancréas, et surtout des vaisseaux, du cœur, des reins et des voies urinaires. Et, à ce propos, on comprend que les boissons alcooliques soient interdites aux brightiques, aux vésicaux, aux prostatiques, en un mot à tous les urinaires, à quelque degré, de quelque façon qu'ils le soient. Les effets de l'alcool sur le poumon se traduisent par de la sclérose avec troubles fonctionnels seulement, ou bien la lésion scléreuse du poumon se complique de dilatation des bronches et de sécrétion purulente, ou bien enfin le cœur ne pouvant plus supporter la lutte, le malade meurt d'asystolie. On ne peut pas dire que l'action sclérosique de l'alcool sur le poumon est favorable à la tuberculose de cet organe, mais il n'en est pas moins vrai que l'alcoolisme peut mener à la tuberculose. En général, le poison alcoolique a une action uniforme, quelque soit l'organe atteint. D'une part, des troubles vasculaires bientôt suivis de dégénérescence artérielle et de prolifération conjonctive ; de l'autre, des dégénérescences cellulaires, et, dans bien des cas, la transformation granulo-graisseuse. Cet état d'infériorité que l'alcool crée pour les cellules, cette hypoactivité cellulaire, ainsi que l'appelle Villard, explique comment l'organisme devient incapable de se défendre contre les germes pathogènes ou contre leurs produits toxiques. Elle fait comprendre également la gravité des maladies en général qui surviennent chez les alcooliques.

DESCOURTIS.

Die Ausbreitung des Alkoholismus... (Statistique de l'alcoolisme dans un district danois (*Ugeskrift f. Läger et Hyg. Rundsch.*, *I*, 1038, 1er *décembre* 1891).

Dans la période décennale comprise entre 1881 et 1890, sur laquelle porte cette enquête, la population du cercle de Ringköbing s'est élevée en moyenne à 93,000 habitants. Les médecins ont eu à traiter 132 cas d'alcoolisme (123 hommes, 9 femmes), ce qui représente une proportion de 1,4 0/00. La population urbaine, comptant 7,434 individus, a fourni 38 cas (5 0/00), la rurale, comptant 85,566 individus, seulement 94 cas (1,1 0/00). Sur les 129 alcooliques dont on a pu constater l'âge, 56,6 se trouvaient entre 30 et 50 ans, 1 seul avait moins de 20 ans, et 3 plus de 70 ans.

Sur les 120 dont la profession est connue, 9 (soit 7,5 0/0) étaient des cabaretiers ; comme le cercle en renferme 353, les 2,5 0/0 d'entre eux étaient donc atteints d'alcoolisme.

Parmi les 131 malades à état civil connu, 76 étaient mariés, 28 célibataires, 20 veufs, 2 veuves, 5 séparés.

Une prédisposition héréditaire a été constatée chez 41 des 104 malades examinés à cet égard : pour 4, père et mère étaient buveurs, pour 17, seulement le père et, pour 1, en outre, le grand-père maternel.

Des buveurs mariés, 37 0/0 seulement avaient des enfants bien portants, 40 0/0 n'avaient pas d'enfants et 23 0/0 des enfants malingres parmi lesquels dominaient les affections nerveuses.

En général, la quantité d'eau-de-vie consommée quotidiennement oscillait entre 1/2 et 1 litre. Un malade buvait depuis 20 ans, c'est-à-dire depuis l'âge de 18 ans, au moins 1/2 litre d'alcool par jour. La plupart consommaient en outre d'autres spiritueux.

La forme morbide d'accidents la plus commune était le *delirium tremens*, noté chez 56 0/0 de la totalité des malades. 31 0/0 avaient de l'alcoolisme chronique, et 10 0/0, surtout des manifestations du côté du système nerveux.

3 0/0 des malades succombèrent en pleine ivresse. 31 0/0 des autres succombèrent à l'affection pour laquelle ils s'étaient fait soigner.

J. B.

Die Gesetzgebung und ihr Einfluss auf die Verminderung des Trunksucht, par A. BAER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 4, *p.* 80, 25 *janvier* 1892).

Quoi qu'en dise L. Lewin (*Berlin. klin. Woch.*, 1891, n° 51), la législation a une influence heureuse sur l'extension de l'ivrognerie.

1° *Norwège*. — De 1845 à 1848, on a commencé à restreindre la production, la vente et le débit de l'alcool et à élever l'impôt portant sur sa fabrication; en même temps on augmentait la patente des débitants et on diminuait le nombre des cabarets; en 1871 enfin, la vente au détail de l'eau-de-vie dans les villes passait, suivant le système de Gothenbourg, entre les mains de Sociétés d'utilité publique, ce qui eut pour premier résultat la suppression de nombreux débits. Voici d'ailleurs des chiffres attestant l'efficacité de ces diverses mesures. Tandis qu'en 1847, il y avait un débit d'eau-de-vie pour 152 habitants, en 1889 il n'y en avait plus que 1 pour 1413. Le nombre des distilleries est tombé de 1835 à 1889, de 366 à 23; la consommation d'alcool (à 50 0/0) par habitant a fléchi successivement, avec des oscillations, de 16 litres en 1833; à 5,5 de 1855 à 1859; à 4,8 de 1865 à 1869; à 5,4 de 1875 à 1879; à 3,4 de 1880 à 1884; à 2,8 en 1887 et à 3, 1 en 1888. Actuellement, la Norwège est, après l'Italie, le pays le plus tempérant d'Europe, tandis que son voisin, le Danemark, continue à être le plus gros consommateur d'alcool (de 1860 à 1884, 16 litres par habitant). A l'asile d'aliénés de Christiania, à Gaustad, l'ivrognerie jouait un plus ou moins grand rôle dans 13,7 pour cent des admissions de 1855 à 1860; dans 9,4 pour cent de 1861 à 1865; dans 7,1 de 1866 à 1870; dans 5,6 de 1871 à 1875; dans 3,4 de 1876 à 1880; dans 3,8 de 1881 à 1885 et dans 2,4 de 1886 à 1888. Pour les autres asiles d'aliénés norvégiens, cette proportion a été de 8,4 pour cent de 1872 à 1875; de 6,7 de 1876 à 1880; de 3,6 de 1881 à 1885 et de 3,5 de 1886 à 1888. En Danemark, d'après Dahl, le chiffre des des aliénés alcooliques s'est élevé à 11,9 de 1872 à 1875; à 12,4 de 1876 à 1880; à 11,7 de 1881 à 1885; et à 10,3 de 1886 à 1888, soit 3 fois plus qu'en Norwège où la consommation d'alcool est 5 fois moindre. Sur 10,000 décès de causes connues, on en comptait en Norwège, pour l'alcoolisme, de 1853 à 1855, 33,8; de 1856 à 1860, 33, 4; de 1861 à 1865, 22,1; de 1866 à 1870, 23,9; de 1871 à 1875, 28,7; de 1876 à 1880, 19.1; de 1881 à à 1885, 10,1; de 1886 à 1888, 6,9. L'augmentation brusque et passagère observée de 1871 à 1875 correspond à la période d'essor insolite de toutes les industries, de gains anormaux et par suite d'excès de boissons pour les ouvriers. La fréquence des suicides a également diminué : par million d'habitants, on en comptait 81 de 1828 à 1831; 108 de 1836 à 1840; 109 de 1846 à 1850; 106 de 1851 à 1855; 94 de 1856 à 1860; 85 de 1861 à 1865; 76 de 1866 à 1870; 75 de 1871 à 1875; 72 de 1876 à 1880 et 68 de 1881 à 1885. Tandis que la Norwège, de 1886 à 1880,

avait annuellement 74 suicides par million d'habitants, le Danemarck en avait, de 1866 à 1878, 262. Le nombre des crimes a subi une diminution analogue : 1 sur 300 habitants de Norwège, de 1846 à 1851 ; 1 sur 400, de 1884 à 1888. Il est juste de ne pas oublier le rôle adjuvant des ligues de tempérance. A la fin de 1888, la Norwège possédait 756 Sociétés d'abstinence totale avec 95,000 membres dont 30,000 femmes et 5,000 enfants. Mais ces associations n'eussent jamais pu réaliser les progrès indiqués si elles n'avaient été précédées et soutenues par un ensemble de mesures législatives, à la fois préventives et répressives; ce qui le démontre, c'est l'extension de l'alcoolisme en Angleterre, pays qui compte pourtant plus de cinq millions d'adhérents aux Sociétés de tempérance.

2° *Suède.* — C'est à partir de 1855 qu'on s'est efforcé de limiter la production de l'alcool. En 1829, il existait 173,124 distilleries (la plupart étaient chez des bouilleurs de cru) ; en 1853 encore 33,342 ; en 1860, 2,889 ; en 1865, 564; en 1875, 411; en 1880, 300 et en 1885 seulement 193, ce qui a restreint d'autant la quantité d'alcool fabriqué. La généralisation du système de vente au détail, inauguré à Gothenbourg, a eu les effets suivants sur le nombre des cabarets. En 1879, les villes en comptaient 1042 et les campagnes 308; en 1885, les premières 1005 et les campagnes 234; en 1888, les unes 968 et les autres 212. En 1875, il y avait un débit pour 581 habitants dans les villes et pour 9150 dans les campagnes; en 1885, 1 pour 820 dans les premières et pour 15,925 dans les secondes; en 1888, 1 pour 884 et pour 18,296. La consommation d'alcool par habitant a subi les vicissitudes suivantes : en 1829, 46 litres ; en 1850, 22 ; en 1870, 10,25 ; en 1880, 8,15 ; en 1890, 6,5 ; soit pour les périodes quinquennales comprises entre 1856 et 1890, respectivement : 9,50 ; 10,98 ; 8,88 ; 11,83 ; 10,10 ; 8,23 et 7 litres. Dans la Suède entière, on a traité, en 1865, 326 malades atteints de delirium tremens et 134 alcooliques chroniques ; en 1870, 180 des premiers et 98 des autres ; en 1875, 523 et 298 ; en 1880, 242 et 295 ; en 1885, 309 et 435. Les suicides par alcoolisme formaient, de 1861 à 1870, les 26 pour cent de la totalité des suicides ; de 1876 à 1880, ils n'en formaient que les 14 pour cent. Environ 300,000 Suédois font partie des ligues de tempérance.

3° *Hollande.* — Voici les effets de la loi de 1881 pour la répression de l'ivrognerie. De 1882 à 1890, le nombre des individus déférés aux tribunaux pour contravention à cette loi, est descendu successivement de 39,822 à 27,617, bien que l'énergie des poursuites ne se soit pas affaiblie et que durant ce temps la population se soit accrue d'un demi-million d'habitants. De 43,958 le chiffre des débits s'est abaissé à 25,911. Les Pays-Bas possèdent deux grandes associations de tempérance ; l'une, la Société Néerlandaise pour la suppression des liqueurs fortes, existe depuis 40 ans, l'autre, la Ligue populaire est de date beaucoup plus récente.

4° *Allemagne.* — Ce qui se passe dans ce pays montre que des mesures législatives même isolées, pourvu qu'elles soient énergiques, exercent une action favorable sur les progrès de l'alcoolisme. En 1887 l'impôt sur les alcools a été doublé. Or, tandis que, de 1880 à 1886, la consommation annuelle par habitant était de litres 6,58 (à 50 0/0), depuis lors elle n'est plus que de litres 4,64. Le chiffre des admissions

pour alcoolisme aigu ou chronique dans les 8 principaux hôpitaux berlinois a été de 1879 à 1890, successivement de 575, 520, 489, 610, 574, 663, 920, 1,033, 854, 681, 715 et 770, ce qui accuse une diminution sensible, puisque la population de Berlin s'accroît chaque année d'environ 40,000 habitants. (*R. S. M.*, XXV, 140; XXXI, 511; XXXIV, 100). J. B.

Convulsions infantiles par alcoolisme de la nourrice, par BOUCHEREAU (*Gaz. des hôpitaux*, *p.* 914, 1892).

La mère s'alcoolisait d'une façon certaine (un litre de bordeaux par jour, absinthe assez fréquemment). L'enfant âgée de 4 mois, vomissait, avait des convulsions et de l'agitation surtout nocturne. La mère cessa l'allaitement. Aussitôt tous ces symptômes disparurent et l'enfant revint à la santé.

A.-F. PLICQUE.

Ueber die Trunksucht und Versuche ihrer Behandlung mit Strychnin, par Gustav BELDAU (*Iéna,* 1892).

L'intéressante question du traitement des alcooliques par la strychnine n'avait pas encore fait l'objet d'une étude spéciale en Allemagne. Beldau vient de combler cette lacune en donnant l'exposé des travaux français et surtout des russes, qui sont très nombreux. Il conclut ainsi :

Tous les auteurs sont d'accord que la cure de l'alcoolisme par le nitrate de strychnine fournit des résultats plus ou moins favorables et qu'à certains égards la strychnine est un antagoniste physiologique de l'alcool.

La cure de la dipsomanie par la strychnine donne plus de succès que celle de l'alcoolisme chronique.

Les résultats thérapeutiques sont d'autant meilleurs que la strychnine a été administrée à doses plus élevées et pendant un temps plus long. Une même quantité journalière du médicament semble mieux agir quand on la répartit en doses fortes et espacées que lorsqu'on la fractionne trop. Les alcooliques supportent sans inconvénient des doses relativement énormes de strychnine.

La strychnine ne provoque pas chez eux de phénomènes d'accumulation. On ne doit accepter qu'avec réserves le dire de certains malades, que l'usage de la strychnine amène chez eux de l'éloignement pour les boissons alcooliques. (*R. S. M.*, XXII, 655 ; XXIV, 105 et XXIX, 643). J. B.

Les maladies de l'esprit, par P. MAX-SIMON (*Broch.*, *Paris*, 1892).

Dans ce volume, Max-Simon a étudié successivement les différents symptômes psychiques de l'aliénation mentale, et les a classés dans l'ordre suivant : le sens délirant, l'esprit délirant, le sentiment délirant, l'instinct délirant, l'acte délirant. Il termine par les causes et le traitement de la folie. D'après lui, le délire sensoriel, c'est l'hallucination, et l'hallucination répond à une perception sensorielle sans objet actuellement existant dans le champ du sens halluciné. Il insiste sur ce fait que, dans l'hallucination, le sens est mis dans un état exactement semblable à celui où il se trouve dans le cas d'une perception réelle. A propos du délire de persécution, il admet la genèse suivante : tantôt le délire débute par des hallucinations ; tantôt il s'établit sans hallucinations, qui ne se produisent que consécutivement au trouble de

l'idéation ; tantôt il a pour point de départ des idées ambitieuses, qui naissent chez le malade de l'exagération de sa personnalité ; tantôt enfin, chez les alcooliques, il serait dû uniquement à leurs séjours répétés dans les asiles, qui leur feraient croire à un système de persécution organisé contre eux. Chez les persécutés, le délire ambitieux viendrait généralement plus tard et devrait être attribué à une série de raisonnements basés sur les idées fausses de persécution, celles-ci ne pouvant s'exercer que contre des personnages au-dessus de l'ordinaire. Enfin, Max-Simon s'est encore attaché à prouver que certaines formes spéciales de délire ne sont, en somme, que des actes délirants se rattachant à des idées erronées qu'une recherche attentive permet souvent de découvrir.

DESCOURTIS.

Étude sur quelques symptômes des délires systématisés et sur leur valeur, par A. MARIE (*Broch., Paris*, 1892).

Il existe des malades à psychoses plus ou moins systématisées, qui réagissent, en face de leur délire, d'une façon toute particulière, bien différente des réactions violentes qui relèvent de la médecine légale ordinaire. On peut dire qu'ils se contentent de parer les coups de leurs ennemis imaginaires sans leur riposter. Ces réactions préservatives consistent en pratiques bizarres, attitudes, gestes défensifs, incantations conjuratrices, écrits symboliques, signes cabalistiques ou magiques, exorcismes, qu'il ne faut pas confondre avec les extravagances des maniaques et les incohérences des déments. On retrouve dans le langage des néologismes reflétant le triple courant de conceptions délirantes de persécution, de grandeurs et de défense, à tous les degrés de systématisation. L'écriture, plus encore que la parole, indique bien ces idées de défense. Enfin, il n'est pas jusqu'aux costumes et aux détails de l'intérieur de ces malades qui ne manifestent les mêmes tendances. Il est donc intéressant de diagnostiquer ces idées de défense, qui relèvent d'un délire actif et non d'un état de démence, et qui peuvent, par suite, donner lieu à des questions médico-légales. DESCOURTIS.

Des idées de grandeur chez les persécutés, par J. CHRISTIAN (*Arch. de neurol., novembre* 1891 *et janvier* 1892).

S'appuyant sur ses observations personnelles, Christian admet que chez tous les persécutés en général les idées de grandeur prêtent à des considérations différentes. Tantôt elles deviennent prédominantes, constituant une véritable mégalomanie : c'est le délire chronique de Magnan. Tantôt elles n'apparaissent que d'une façon incidente, accessoire. Chez beaucoup de malades, elles se montrent, non pas sous la forme concrète d'un délire mégalomaniaque, mais sous une forme d'orgueil, d'infatuation, de haute idée de soi-même. Enfin, beaucoup de persécutés n'ont pas d'idées de grandeurs et ne paraissent pas susceptibles d'en avoir jamais.

A l'époque de la discussion à la Société médico-psychologique, Christian était persuadé que les idées ambitieuses ne surviennent qu'exceptionnellement chez les persécutés. Il reconnaît aujourd'hui qu'il était dans l'erreur et que c'est le contraire qui semble être la vérité. Sur

40 persécutés, il en a trouvé 31 avec idées de grandeur plus ou moins développées, soit plus des trois quarts. Il semble que la forme classique, complète, du délire de persécution soit la forme du délire chronique, systématisé de Magnan, toutes réserves faites sur la quatrième période, dite de démence. En dehors des délirants chroniques, d'autres persécutés présentent également des idées ambitieuses, mais moins fixes, moins dominantes. Enfin, parmi les persécutés réfractaires au délire ambitieux, il faut citer, en première ligne, les persécutés génitaux, ce qui fait supposer que, dans la genèse des idées délirantes, le rôle principal revient aux troubles si variés de la sensibilité organique.

DESCOURTIS.

Ueber das Verhalten des Blutdruckes... (**De l'état de la pression sanguine pendant les accès d'anxiété des mélancoliques**), **par CRAMER** (*Münch. med. Woch.*, *n*os 6 *et* 7, 1892).

Pendant les paroxysmes mélancoliques, la pression sanguine est toujours exagérée et d'une façon correspondante à l'intensité de l'accès. La peur détermine chez l'individu sain une contraction des petits vaisseaux, que l'on rencontre également chez le mélancolique pendant l'accès d'anxiété. Il est très vraisemblable que dans l'état pathologique c'est la contraction vasculaire qui est la cause de l'état anxieux, en même temps que de l'élévation de la pression vasculaire. Cette dernière réagit sur le pouls et sur le cœur. Quand la pression baisse, le nombre des contractions cardiaques augmente considérablement.

C. LUZET.

Sull' azione tossica e battericida del siero di sangue dei pazzi, par G. d'ABUNDO (*Rivista sper. di Freniatria*, *XVII*, 4, *p.* 529).

L'auteur a examiné la toxicité du sang chez un certain nombre de malades atteints d'affections mentales (paranoia, lypémanie, démence, paralysie générale progressive, manie aiguë et exaltation maniaque, accès épileptiques, folie pellagreuse, imbécillité, idiotie, folie morale), il indique les résultats auxquels il est parvenu pour chacun de ces troubles mentaux ; pour certains, la toxicité est augmentée ; pour d'autres, elle est diminuée. D'Abundo se réserve de revenir sur l'explication de ces faits dans un travail postérieur à cette note préventive.

PIERRE MARIE.

I denti nei folli e nei frenastenici, par A. di LUZENBERGER (*Annali di Nevrologia, IX*, 5 *et* 6, 1891).

Ce travail a porté sur 100 hommes et 72 femmes ; sur les premiers, 16 malades seulement ne présentaient aucune anomalie; sur les secondes, 7 seulement avaient une dentition régulière. L'auteur indique toutes les anomalies qu'il a constatées et en donne un tableau synoptique très détaillé.

PIERRE MARIE.

Sur quelques anomalies craniennes des aliénés, par S. BIANCHI et F. MAMORI (*XVI*e *Congrès de l'Assoc. méd. ital. Sienne*, 16-20 *août* 1891).

Les auteurs ont examiné 1019 crânes d'aliénés du Phrénocome de Reggio : suture métopique ; apophyse frontale du temporal ; fossette oc-

cipitale médiane; crête frontale; duplicité de l'os zygmatique; apophyse lemurienne. Il n'y a pas de rapport direct entre la folie et les anomalies craniennes, quoique celles-ci soient plus fréquentes chez les fous. Les anomalies dépendent moins du dégré d'intelligence et des maladies que de la région d'origine des crânes. On les trouve plus rarement dans les formes dégénératives que dans les formes psycho névrotiques. Ces anomalies considérées comme répressives ne le sont pas toujours. DASTRE.

Le lesioni del midollo spinale nella demenza, par PETRAZZANI et VASSALE (*Rivista sper. di Freniatria, XVII*, 4).

Sur 22 cas de démence de causes diverses, ces auteurs ont rencontré 12 fois des lésions médullaires. Dans un cas, la dégénération portait sur les cordons latéraux (faisceaux pyramidaux croisés); dans deux cas, sur les zones radiculaires postérieures dans la région dorsale moyenne seulement; dans deux cas, sur les mêmes zones dans toute la région dorsale; dans cinq cas, dégénération des cordons de Goll dans la région cervicale, et des zones radiculaires dans la région dorsale; dans un cas, dégénération des cordons de Goll non seulement dans la région cervicale, mais aussi dans la région dorsale; dans cette dernière région, elle était associée à la dégénération des zones radiculaires postérieures.

PIERRE MARIE.

Asymmetrical condition met with in the faces of the insanes; with some remarks on the dissolution of expression, par J. TURNER (*Journ. of ment. sc. janvier* 1892).

Certaines asymétries, notées particulièrement à la face, démontreraient, d'après Turner, qu'il existe de la paralysie chez un grand nombre d'aliénés, pris en général. Il a fait porter son observation sur l'asymétrie provoquée par l'action des muscles bilatéraux, surtout à la face, considérant que c'est là le foyer principal des mouvements qui accompagnent les états psychiques où l'intelligence et les émotions jouent un rôle prépondérant. Chez 411 femmes aliénées, parmi lesquelles il n'y avait pas de paralytiques générales, il a noté 105 fois l'inégalité pupillaire. Dans une autre série de 396 femmes aliénées, non paralytiques générales, mais tendant à la chronicité, il a trouvé 140 fois l'inégalité pupillaire. En sorte que l'inégalité pupillaire s'est présentée dans un quart des cas récents, plus fréquemment dans les cas chroniques, et encore plus souvent dans la paralysie générale. Sur 306 aliénées admises, la langue était déviée de côté dans 80 cas, lorsqu'elle était tirée hors de la bouche. Quant aux muscles de l'expression, chez les aliénées récemment admises, ils avaient une action asymétrique près de 4 fois plus souvent dans sa partie supérieure de la face que dans sa partie inférieure. Chez les idiots, cependant, chez les imbéciles ainsi que dans tous les cas de faiblesse mentale congénitale, l'asymétrie dans l'expression de la partie inférieure de la face était la règle. Turner a étudié ainsi le changement dans l'expression provenant de l'action asymétrique des divers muscles de la face, changements qui indiquent, outre un état psychique spécial, des phénomènes de paralysie dus à des lésions localisées dans telle ou telle partie de l'un des hémisphères cérébraux. L'ac-

tion asymétrique des muscles du tronc devrait logiquement exister aussi, mais elle est d'une constatation plus difficile, sauf dans les cas où l'on observe que les malades penchent le corps de tel ou tel côté. Ces divers phénomènes d'asymétrie, coïndicant avec des états mentaux particuliers, devront servir à localiser dans le cerveau les centres préposés à l'expression des différentes émotions. DESCOURTIS.

A statistical note on 234 cases of paresis with special reference to its etiology, par H. M. BANNISTER (*Journal of nervous and mental disease, décembre* 1891).

Quoiqu'elle survienne souvent chez des individus héréditairement prédisposés, la paralysie générale est plus que les autres formes de folie, une maladie acquise, non dépendante des tares neurotiques héréditaires. Bien qu'elle puisse être attribuée à différentes causes excitantes : surmenage intellectuel, surmenage en général, soucis, etc..., on trouve, lorsque les faits peuvent être vérifiés, dans la majorité des cas, la syphilis parmi les antécédents.

Dans quelques cas rares on ne constate pas l'existence d'une syphilis antérieure, il est donc vraisemblable que la paralysie générale se montre quelquefois par d'autres causes que la syphilis, mais contrairement à la nomenclature actuellement adoptée, il s'agissait là de pseudo paralysie générale.

L'intempérance, quoique fréquente dans les antécédents des paralytiques généraux ne peut être cependant considérée comme une cause universelle ou essentielle. PIERRE MARIE.

The relationship between general paralysis of the insane and syphilis, par JACOBSON (*Journ. of ment. sc., avril* 1892).

Après avoir exposé l'opinion de différents auteurs sur les rapports de la paralysie générale et de la syphilis, Jacobson énumère les résultats de son observation personnelle. La statistique porte sur 116 cas de paralysie générale chez des femmes. La syphilis a été reconnue dans 37 0/0 de ces cas, et elle était encore très probable dans 13 0/0. Quant aux autres cas, on devait aussi plusieurs fois soupçonner l'existence de la syphilis, en raison du genre de vie des malades. De sorte que l'on peut évaluer à 65 0/0 le nombre des syphilitiques qui se trouvaient parmi ces femmes paralytiques. Si l'on compare la syphilis aux autres causes étiologiques de la paralysie générale, on voit que dans 23 0/0 des cas on peut incriminer l'alcoolisme, et même, sur ce nombre, dans presque la moitié des cas, on a noté la syphilis en même temps que l'alcoolisme. Dans 28 0/0 des cas, l'hérédité a joué un rôle, et, sur ce nombre, un tiers encore avaient la syphilis. Les émotions ont été notées seulement dans 22 cas, le traumatisme dans 3, la chaleur dans 1, l'empoisonnement chronique par le phosphore dans un autre et des grossesses répétées dans un dernier. Il résulte de tout cela qu'aucune autre cause ne se présente avec la même fréquence que la syphilis, puisque dans plus des 3/5 des cas observés on a relevé ce facteur étiologique. Jacobson, par suite, fait jouer à la syphilis un rôle important dans la genèse de la paralysie générale, mais il n'exclut pas les autres causes telles que l'alcool, le plomb, la nicotine, etc. ;

il prétend seulement que la paralysie générale ne se produit que lorsque le cerveau y a été préparé par la syphilis, l'alcool, etc. DESCOURTIS.

Ueber einen Fall von chronischer progressiver Augenmuskellähmung... (Sur un cas de paralysie progressive chronique des muscles de l'œil, avec amblyopie d'origine toxique, par BŒDEKER (*Archiv für Psychiatrie, XXIII*, 3, *p.* 313).

Il s'agit d'un cas de paralysie progressive généralisée, qui a débuté (1881) par une paralysie du muscle droit externe de chaque côté. Un an plus tard on constatait le défaut de réaction de la pupille aux excitations lumineuses et aux efforts d'accommodation. Au bout de quatre ans et demi de durée de la maladie, la portion temporale de la papille présentait une teinte pâle; l'acuité visuelle avait sensiblement baissé; scotome central pour la perception du rouge et du vert; abolition du reflexe patellaire, exagération du même phénomène à gauche; à droite, un peu d'embarras de la parole; douleurs lancinantes dans le côté droit. Paralysie progressive commençante.

En juillet 1888, entrée dans un asile d'aliénés. A cette époque la décoloration des papilles était complète des deux côtés. Embarras de la parole très net. Délire des grandeurs. Inégalité de dilatation des pupilles. Pas d'ataxie, mais nécessité d'écarter les jambes pour marcher. Un peu plus tard, les mouvements des globes de l'œil étaient gênés dans tous les sens.

La maladie a duré en tout huit années. A l'autopsie du malade on a trouvé: une atrophie du cerveau; une pachyméningite et une leptoméningite chroniques; dilatation et hydropisie des ventricules. Ependymite granuleuse. Dégénérescence grise des nerfs oculo-moteurs. Dégénérescence grise des zones radiculaires postérieures de la moelle et des racines postérieures des segments dorsal et lombaire. Dégénérescence partielle du noyau de l'hypoglosse à gauche. De ce même côté, dégénérescence du faisceau de Krause; dégénérescence des deux noyaux de l'oculo-moteur interne et de leurs racines. Dégénérescence partielle de la racine ascendante du trijumeau. Dégénérescence du noyau du pathétique et de ses fibres intra-médullaires; dégénérescence des noyaux de l'oculo-moteur commun, à l'exception du noyau distal et des noyaux de Westphall.

L'auteur considère cette observation comme un exemple de paralysie générale et de tabes combinés. Le malade avait contracté la syphilis en 1870; c'était un alcoolique, qui fumait peu, d'après ce qu'il racontait. Or, au début de la maladie, la nature des troubles visuels et les résultats fournis par l'examen ophthalmoscopique avaient fait diagnostiquer à Uhthoff un cas d'amblyopie toxique. E. RICKLIN.

Osteomalacia in insane patients, par WALSH (*Lancet*, *p.* 169, 25 *juin* 1891).

Walsh rapporte 4 cas d'ostéomalacie survenue chez des aliénées. Une femme avait eu plusieurs enfants, une autre trois, une autre deux enfants. La quatrième n'avait point eu d'enfant. Les âges respectifs étaient de 59, 75, 78, 66 ans. Dans tous les cas, on remarqua l'influence du rhumatisme chronique. Mais la coexistence la plus remarquable dans les 4 cas fut celle : 1° de troubles intellectuels acquis ou héréditaires ; 2° de lésions des valvules aortiques. Une des malades mourut dix-huit mois, une autre deux, une autre trois ans après le début apparent des accidents. La quatrième était encore vivante au bout de sept ans. Les difformités, les fractures dans trois des cas, l'examen microscopique dans trois des cas, montrent incontestablement l'existence des lésions d'ostéomalacie.

A.-F. PLICQUE.

Des fractures de côtes chez les aliénés, par T. Claye SHAW (*St Barth. hosp. Rep., XXVI, p.* 15).

Des expériences de l'auteur, il résulte que le poids des côtes, et surtout leur aptitude à se rompre, est très variable suivant les côtés du corps et la situation de la côte. Ce ne sont pas les plus épaisses qui peuvent supporter le poids le plus lourd, et inversement. Les sujets atteints de maladies du cœur ou des gros vaisseaux supportent médiocrement les efforts sur leurs côtes, à l'inverse des phtisiques, dont les côtes résistent bien, malgré leur émaciation. On doit tenir grand compte de ces différences individuelles pour apprécier la paroi d'un traumatisme. Claye Shaw pense que les côtes chez les fous sont véritablement plus fragiles que chez les autres malades, et cela malgré la conservation de leur embonpoint et de leur vigueur apparente. H. R.

De l'acétonurie chez les aliénés, par LAILLER (*Ann. méd. psych., mars* 1892).

Il résulte d'une communication récente de Boecket Slosse, à la Société de médecine mentale de Belgique, que la constatation d'une petite quantité d'acétone dans l'urine des aliénés n'a aucune signification pathologique, et que la quantité d'acétone dans l'urine n'est pas en rapport avec l'état psychique du malade (dépression, agitation, peur, hallucination). En outre, la quantité d'acétone augmente considérablement pendant l'inanition, et il y aurait là une indication pour commencer l'alimentation artificielle lorsque, chez l'aliéné qui refuse de manger, la quantité d'acétone urinaire augmente dans de grandes proportions. Cependant, Lailler a trouvé l'acétone dans l'urine à l'état de santé comme à l'état de maladie, non pas toujours, mais un certain nombre de fois, et, par suite, il ne peut lui attribuer aucune valeur chez les aliénés. DESCOURTIS.

Remarks on the surgical treatment of intracranial fluid pressure, par J. Batty TUKE (*Brit. med. j., p.* 105, 16 *janvier* 1892).

Batty Tuke rapporte un cas de paralysie générale survenue chez un homme de 40 ans à la suite de l'influenza. Les symptômes de délire ambitieux et des excitations cérébrales étaient excessifs, amenant des crises, de mains, de l'insomnie, de l'amaigrissement rapide. Le cas paraissait devoir évoluer bien vite vers la mort.

La trépanation du crâne fut faite par J. Duncan. Après l'ablation de la rondelle osseuse, qui était épaisse et dense, la dure-mère ne se montra pas très tendue ; pourtant à la palpation on sentait une couche de liquide sous-jacente. Pareille trépanation fut faite du côté opposé, symétriquement. La dure-mère fut alors sectionnée ; elle était dure et épaisse, et laissa voir l'arachnoïde infiltrée et gélatiniforme. L'arachnoïde et la pie-mère incisées donnèrent issue à une notable quantité de liquide.

Les suites opératoires furent très régulières et la plaie guérit le 12e jour. Pendant les 8 premiers jours, l'écoulement du liquide céphalo-rachidien fut énorme. Tout le temps que dura l'écoulement, l'état mental s'améliora beaucoup, les pupilles redevinrent égales et la parole plus nette. Quand la plaie fut guérie, le cerveau parut de nouveau s'obscurcir, les pupilles se contractèrent et l'agitation reparut. Trois mois après, le malade mourut d'une attaque de congestion cérébrale.

L'auteur insiste sur l'amélioration correspondant à l'écoulement du

liquide éphalo-rachidien, et se demande si la trépanation au niveau de la 2e vertèbre lombaire ne produirait pas des résultats plus favorables et surtout plus durables. Duncan a pratiqué cette opération et a vu l'écoulement persister 3 semaines, à la dose de huit onces (près de 3 litres) par jour. H. R.

Valore terapeutico dell' idroclorato d'ioscina nelle malattie mentali, par G. SANNA-SALARIS (*Annali di Freniatria e Scienze affini del R. Manicomio di Torino,* 1891).

Le chlorhydrate d'hyoscine s'administre avec avantage par la voie hypodermique à la dose de 2 à 3 décimilligrammes; on peut progressivement aller jusqu'à 2 milligrammes, mais il faut être très prudent; par la voie stomacale on peut donner des doses plus fortes.

L'action de ce médicament se manifeste quelques minutes après l'injection et dure de 2 à 7 heures suivant la dose et l'accoutumance.

Ce médicament procure un sommeil lourd, laissant souvent à la suite de la céphalalgie. Son action analgésique est nulle ou du moins douteuse.

PIERRE MARIE.

Sull' azione sedativa e ipnotica della duboisina nelle malattie mentali, par E. BELMONDO (*Rivista sper. di Freniatria e Med. leg., XVIII, p.* 154).

Le sulfate de duboisine en injection hypodermique est un excellent sédatif, spécialement pour les femmes, dans tous les états d'excitation psychique et motrice accompagnant les différentes formes d'aliénation mentale ; c'est de plus un très bon hypnotique.

La duboisine semblerait encore dans certains cas posséder une action réordinatrice de l'intelligence surtout dans les périodes d'excitation.

Les doses seraient, du moins pour la population italienne, inférieures à celles recommandées par les auteurs qui ont observé dans les pays du Nord. La dose maxima pour les premières injections ne devrait pas excéder un milligramme, plus tard on ne dépassera pas un milligramme et demi ; très souvent la dose d'un demi-milligramme est amplement suffisante. PIERRE MARIE.

Some notes on the use of sulphonal as a sedative and hypnotic, par C. JOHNSTONE (*Journ. of ment. sc., janvier* 1892).

Le sulfonal, lorsqu'il est employé à des doses convenables, est un hypnotique efficace, et, comparé aux autres hypnotiques, il a une action certaine et constante. Le sommeil qu'il produit est naturel et tranquille, et n'est pas troublé par des rêves. Il n'a pas d'effet fâcheux sur la circulation, la respiration, l'appétit, la digestion ou la température, ou sur la santé générale. Après un certain temps, on peut en suspendre l'emploi ou en réduire la dose, et le malade continue à bien dormir. Il calme l'agitation et est particulièrement utile dans les cas récents et aigus. Ses principaux inconvénients consistent dans la lenteur de son action et dans la persistance de ses effets pendant les jours suivants avec fatigue cérébrale. DESCOURTIS.

Du chlorure d'or et de sodium dans la paralysie générale progressive, par BOUBILA, HADJÈS et COSSA (*Ann. méd. psych., janvier et mars* 1892).

Les doses de chlorure d'or et de sodium ont été de 2 milligrammes au minimum et n'ont pas dépassé 1 centigramme. Au début, 2 milligrammes, augmentés d'une dose égale tous les 15 jours, jusqu'à la dose maximum pendant la dernière quinzaine. Le malade se repose pendant un mois et reprend ensuite le traitement dans des conditions identiques. De cette façon, les résultats du traitement ont été favorables. Quant à ses inconvénients, ils seraient nuls. L'augmentation du nombre des globules marche parallèlement à l'augmentation du poids des malades. D'après les expériences, le chlorure d'or et de sodium pourrait agir avec plus d'efficacité dans la première période du mal en permettant des rémissions, dans les dernières en retardant la fin nécessaire. Il serait utile quand même, dans la seconde, en augmentant les chances de résistance.

DESCOURTIS.

Sur l'emploi thérapeutique de la suggestion dans les asiles d'aliénés, par O. BINSWANGER (*Therap. Monatshefte, mars, avril* 1892).

L'hypnose est un moyen de valeur dans les troubles psychiques, mais il ne réussit guère que chez les alcooliques, les morphinomanes et les mélancoliques hystériques. La plupart des autres cas ne relèvent pas de l'hypnose. Dans l'alcoolisme simple, l'hypnose est un moyen auxiliaire. Les succès chez les mélancoliques sont beaucoup plus importants, mais la guérison est-elle définitive ? Les perversions sexuelles, malgré quelques observations probantes sont, peu modifiables par l'hypnose qui agit surtout dans les troubles psychiques hystériques de toute nature.

PAUL TISSIER.

I. — Inequality of the pupils in epileptics, with a note on latent anisocoria, par William BROWNING (*Journal of nervous and mental disease, p.* 25, *janvier* 1891).

II. — Recherches sur les modifications de la pupille chez l'homme sain, l'épileptique et l'hystérique, par F.-J. BOSC (*Thèse de Montpellier,* 1891).

I. — L'auteur a examiné l'état des pupilles de 150 épileptiques; 16 fois il a constaté de l'inégalité des pupilles ; il insiste sur ce fait que parfois cette inégalité n'existe qu'avec un faible éclairage et disparaît dès que l'éclairage est plus intense (anisocorie latente). Il fait remarquer que sur 5 ou 6 épileptiques pris au hasard on a bien des chances pour rencontrer un cas d'anisocorie. C'est à peu près le chiffre auquel j'étais arrivé dans mes recherches de 1882. (P. M.)

II. — Cette thèse se compose d'une première partie expérimentale dans laquelle l'auteur s'attache à prouver que les phénomènes pupillaires, dans le cours des réactions épileptiques, reconnaissent pour cause une action purement nerveuse et sont indépendants de toute modification vasculaire concomitante.

Chez l'animal, l'attaque convulsive d'épilepsie peut être précédée de quelques secondes par une dilatation pupillaire ; cette dilatation va en augmentant pendant la période tonique ; pendant la période clonique, la pupille, d'abord dilatée au maximum, se contracte peu à peu jusqu'à un

myosis maxima qui se produit rapidement une fois l'attaque finie. Au bout de quelque temps, les pupilles se dilatent de nouveau, et reviennent lentement à la normale. Les pupilles sont insensibles à la lumière pendant la durée des mouvements convulsifs.

La deuxième partie est consacrée à la clinique. L'auteur étudie d'abord la pupille chez l'épileptique en dehors des attaques. Il se range à la conclusion, déjà exprimée par quelques auteurs, que les différences qui peuvent exister entre la pupille de l'homme sain et celle des épileptiques sont trop faibles pour permettre de porter un diagnostic d'épilepsie.

Quant à l'état de la pupille pendant l'attaque d'épilepsie, Bosc l'étudie : dans la période prodromique où il y a ordinairement une forte dilatation; dans la période tonique = dilatation dans 83,57 0/0; dans la période clonique = dilatation dans 84,3 0/0; dans la période de stertor, la contraction de la pupille qui s'était montrée vers la fin de la période clonique, aboutit souvent à un myosis maxima au début de la période de stertor; elle dure pendant un temps, puis les dimensions de la pupille tendent à revenir à la normale au moment du réveil; cependant après des séries d'accès, les pupilles peuvent demeurer dilatées.

Enfin, pendant les vertiges, on constate ordinairement une dilatation marquée débutant avec le changement d'expression de la face, persistant pendant toute la durée du vertige, et disparaissant aussitôt après, avec quelques légères oscillations.

Dans l'hystérie et dans l'hystéro-épilepsie, la dilatation des pupilles est la règle pour toutes les phases de l'attaque. PIERRE MARIE.

Contribution à l'étude de l'épilepsie, par A. PARIS (*Mémoires couronnés publiés par l'Académie de médecine de Belgique, tome X, Bruxelles* 1892).

La fréquence des attaques d'épilepsie augmente presque toujours chez les femmes au moment de la période menstruelle ; chez les hommes il y a presque toujours augmentation mensuelle du nombre des attaques.

Les épileptiques dont la dégénérescence intellectuelle est la plus prononcée, dont la tare héréditaire est la plus manifeste, tombent, en grande majorité, ou toujours en arrière, ou toujours sur le côté droit; ceux dont le niveau intellectuel a été ou est plus élevé tombent en majorité, au contraire, ou toujours en avant, ou toujours sur le côté gauche, mais plutôt en avant; les troubles hallucinatoires ou délirants sont plus fréquents dans cette dernière catégorie de malades. L'opinion généralement admise que les épileptiques tomberaient presque toujours en avant est donc radicalement fausse (27 fois seulement sur 115 épileptiques). Ce sont les épileptiques tombant en avant qui auraient le plus d'attaques, ce sont aussi ceux dont les facultés s'altéreraient le plus rapidement.

L'auteur croit au point de départ cérébral de l'épilepsie et à l'origine héréditaire de cette affection, soit directement, soit indirectement. Il préconise surtout le traitement hygiénique. PIERRE MARIE.

Zur Frage über die Blutcirculation im Hirn... (De la circulation sanguine dans le cerveau pendant les attaques d'épilepsie, d'après les recherches de Todorsky), par W. v. BECHTEREW (*Neurologisches Centralblatt*, n° 22, 1891).

Les attaques épileptiques étaient produites chez le chien soit par

l'électrisation de l'écorce cérébrale, soit par l'injection intraveineuse d'essence d'absinthe, de cinchonine, de cinchonidine ; les caractères de la circulation pendant l'attaque étaient observés soit directement, soit par la méthode de Hürthle.

Dans ces expériences on a constaté une élévation de la pression sanguine dans les artères du cerveau (Hexagone de Willis) et une diminution dans le rapport entre les chiffres fournis par le manomètre pour la pression de l'extrémité centrale et de l'extrémité périphérique de la carotide ; on doit donc conclure que pendant l'attaque épileptique il se produit une augmentation dans l'apport du sang au cerveau avec dilatation des capillaires de cet organe. PIERRE MARIE.

Contribution à l'étude de l'épilepsie symptomatique, par BELLAT (*Ann. med. psych., mars* 1892).

Homme, tisseur, 34 ans, entré à l'asile le 1er juillet 1885, était sobre, bon ouvrier et se portait bien, jusqu'en 1883, époque où il eut une vive frayeur. Quelques jours plus tard, il fut pris d'attaques convulsives qui se renouvelèrent assez régulièrement tous les 15 jours, et furent parfois suivies de paralysie et d'aphasie, d'ailleurs transitoires. Pas d'aura ni de cri, et le plus souvent, pas d'écume. Au début, convulsions limitées au côté droit de la face et au bras droit, puis, après quelques mois, généralisation des symptômes et forme classique de l'épilepsie jusqu'en juin 1885. A partir de ce jour, plus de crises convulsives, mais maux de tête et affaiblissement des facultés intellectuelles. Enfin démence à peu près complète et mort par tuberculose pulmonaire après trois mois de séjour à l'asile. A l'autopsie, en incisant la dure-mère, on trouve à cheval sur la scissure interhémisphérique, au point de jonction de la première circonvolution frontale et de la frontale ascendante, un peu en avant du sillon de Rolando, portant plus sur le côté gauche que sur le côté droit, une tumeur développée sur la face interne de la dure-mère, de consistance charnue, et présentant les caractères du sarcome. Cette tumeur aurait agi par attrition de la substance cérébrale, sans y provoquer de lésion, et aurait d'abord déterminé de l'épilepsie Jacksonienne. Plus tard, le cerveau s'étant habitué à son voisinage, elle n'aurait amené que de l'affaiblissement intellectuel sans délire et des troubles de la motilité.

DESCOURTIS.

Epilepsia procursiva, par J. FERGUSON (*N. York med. journ., p.* 256, 5 *septembre* 1891).

La procursion des épileptiques se manifeste de trois façons : tantôt elle succède à l'attaque épileptique vulgaire (c'est la forme la plus rare); tantôt elle précède immédiatement l'attaque et constitue une sorte d'aura; tantôt elle constitue à elle seule toute l'attaque : les malades courent en droite ligne, ou décrivent un cercle, ils tournent autour d'une chaise sans avoir conscience de l'acte qu'ils accomplissent.

L'auteur rapporte l'observation d'une femme qui étant à table, devint subitement pâle, puis rouge, les yeux deviennent vagues ; elle se lève, court à une certaine distance, s'arrête et s'assied, ou revient tranquillement à sa place.

Un homme de 45 ans a une attaque épileptique ; on le met au lit, mais il fait des efforts pour se lever et marcher. Dans d'autres circonstances, il se met à courir, s'arrête, reprend sa course un grand nombre de fois, tout en restant absolument inconscient. L. GALLIARD.

Myxœdema treated by thyroid grafting, par HARRIS et WRIGHT (*Lancet, p.* 798, 1892).

Myxœdème datant de deux ans et demi. On greffe sous chaque sein la moitié du corps thyroïde pris à un jeune singe. Il est impossible ultérieurement de savoir s'il y a eu persistance ou résorption du corps thyroïde greffé. Amélioration immédiate très remarquable. Mais, rentrée chez elle, la malade subit une nouvelle rechute. Reprise à l'hôpital, elle s'améliore de nouveau sous la simple influence de conditions hygiéniques plus favorables. Il semble donc que la première amélioration doive, elle aussi, s'expliquer non par la greffe thyroïdienne, mais par le changement de milieu. A.-F. PLICQUE.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Compound fracture of the skull, wand of the arm center (Fracture du crâne, blessure du centre du membre supérieur), par L. WILLIAMS (*N. York med. journ., p.* 40, 9 *janvier* 1892).

Un nègre de 23 ans reçoit un coup de bâton sur le côté droit de la tête et tombe. Deux jours plus tard, on constate une fracture du pariétal droit, au niveau du centre de la région Rolandique. L'avant-bras gauche est complètement paralysé ; le bras et l'épaule sont animés de mouvements légers. Pas d'anesthésie, pas de désordres de l'intelligence.

Le 29 mars, on met à nu l'os pariétal qui est déprimé sur un espace grand comme un demi-dollar en argent. On enlève 13 fragments dont quelques-uns ont pénétré dans la substance cérébrale. Comme la table interne offre des lésions étendues, on élargit l'ouverture ; le cerveau est mis à nu sur une longueur de 3/4 de pouce. On suture la dure-mère sur une longueur d'un pouce et demi. Suture et drainage de la plaie ; somnolence, délire, mais pas de fièvre. Le 12 avril, hernie du cerveau ; le 13, parésie de la jambe gauche. Le 28 avril, on fait disparaître la hernie cérébrale par la compression élastique. Le 15 et le 18 mai, épilepsie jacksonienne à gauche. La plaie guérit.

Le 11 juillet, on constate que le malade conserve de la contracture des muscles de l'avant-bras et du bras avec parésie. Il quitte l'hôpital. L. GALLIARD.

Zur Frage der intermediären... (De la trépanation intermédiaire dans l'ostéophlébite du crâne), par REISSNER (*Centralbl. f. Chir.*, 14 *mai* 1892).

Mémoire basé sur cinq observations. L'ostéophlébite du crâne n'est qu'un épiphénomène de la pyémie dont elle partage le pronostic. Malgré cela on a tenté d'intervenir prématurément sur ces os infiltrés de pus ; et lorsque l'on a opéré dès les premiers frissons annonçant le passage des organismes pyogènes dans le sang, la résection osseuse s'est faite trop tard, mais cependant pas toujours, témoin le cas de Czerny qui guérit. Mais la thérapeutique est toujours impuissante lorsqu'il y a méningite et phlébite des sinus. Reissner conseille donc comme opération prophylactique l'incision prématurée des os du crâne : s'ils présentent la

coloration rouge caractéristique on termine l'opération. Car tant que la lésion est limitée aux veines du diploé, on a les plus grandes chances de guérison. Pour plus de certitude on doit donc inciser l'os dans toute son épaisseur et aller latéralement jusqu'au point où les veines du diploé sont thrombosées. MAURANGE.

Die Lumbalpunction des Hydrocephalus, par QUINCKE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 38, *p.* 929, *et n°* 39, *p.* 965, 21 *et* 28 *septembre* 1891).

Quincke a pratiqué 22 ponctions du sac arachnoïdien au niveau de la région lombaire, chez 10 malades (5 adultes et 5 enfants), atteints d'hydrocéphalie (*R. S. M.*, XXXIX, 607), dont il relate l'observation; généralement la ponction fut unique, mais dans un cas elle fut répétée 6 fois. L'indication opératoire reposait toujours sur la probabilité d'une tension exagérée du liquide céphalo-rachidien.

Le liquide retiré par les ponctions était le plus souvent normal, clair comme de l'eau, incolore, riche en carbonates alcalins et ne contenant que des traces d'albumine; sa densité oscillait de 1007 à 1009; la proportion d'albumine et partant le poids spécifique étaient plus considérables quand l'hydrocéphalie était compliquée de quelque autre lésion cérébrale.

La quantité du liquide extrait a varié entre 20 et 100 centimètres cubes chez les adultes et entre 2 et 66 chez les enfants.

Chez un seul malade, la ponction a été réellement curative; chez 2 autres, elle n'a vraisemblablement pas contribué à la guérison due à la médication simultanée; chez 3, l'opération a amendé temporairement les phénomènes de compression cérébrale; enfin, chez les 4 derniers, elle n'a eu aucune action. J. B.

Des scolioses myélopathiques, par MONSARRAT (*Thèse de Paris*, *n°* 5, 12 *novembre* 1891).

On peut diviser les scolioses liées à des lésions de la moelle, scolioses myélopathiques, en deux grands groupes : Dans le premier se rangent les scolioses symptomatiques de la paralysie infantile, de la syringomyélie et de la maladie de Morvan, de l'atrophie musculaire progressive, de la maladie de Friedreich, de l'ataxie locomotrice progressive, de la paralysie générale, et auxquelles on peut ajouter des cas de scoliose dans des dégénérescences secondaires de la moelle et dans la myélite ascendante, suite de lésion périphérique. Dans le second groupe, ou scoliose myélopathique proprement dite se rangent des cas de scoliose de l'enfance où les maladies précédentes ne sont pas en cause. Ces scolioses s'accompagnent (fait démontré par les autopsies) de lésions de la moelle qui peuvent être considérées comme primitives.

Un certain nombre de faits paraissent corroborer cliniquement cette manière de voir : on retrouve souvent l'hérédité familiale de ces scolioses et l'auteur en cite plusieurs observations. On constate chez ces malades un ensemble de signes : maux perforants, rétraction double de l'aponévrose palmaire, atrophie plus ou moins marquée du système musculaire, qui paraissent de bons arguments à placer à côté des lésions anatomiques rencontrées en pareil cas dans la moelle.

En tous cas, ces signes particuliers sont en relation avec les lésions

spinales, alors même que celles-ci ne seraient que le résultat d'un arrêt de développement consécutif à la scoliose.

La scoliose myélopathique apparaît au point de vue pathogénique, comme la conséquence d'un trouble trophique d'origine spinale portant à la fois sur les muscles et sur le squelette vertébral : la théorie musculaire serait insuffisante à expliquer la déformation. MAUBRAC.

Case of echinococcus of spinal canal, with operation, par W. RANSOM et A. ANDERSON (*Brit. med. j.*, *p.* 1144, 28 *novembre* 1891).

Homme de 42 ans, atteint depuis 15 jours d'une paraplégie sans étiologie nette. L'affection avait débuté 18 mois auparavant par des douleurs rachidiennes, d'abord sourdes, puis lancinantes et intolérables, à redoublement nocturne. Quatre mois plus tard, la douleur disparut brusquement, cet état de chose se maintint longtemps, jusqu'à l'apparition de signes de paralysie progressive. On constate une paraplégie complète, avec anesthésie dans la sphère des nerfs ilio-hypogastrique et ilio-inguinal, ainsi que sur les cuisses : les pieds ne sont pas sensibles et jouissent de quelques mouvements obscurs. Légère dysurie, mais pas de paralysie du rectum.

Malgré un traitement actif mercuriel, aucune amélioration, la paraplégie s'accentue ainsi que l'anesthésie, et il se déclare une eschare sacrée. Devant la gravité de ces accidents, Ransom se décide à faire intervenir la chirurgie. Opération le 15 janvier. Résection des apophyses épineuses et des lames de la première lombaire et des deux dernières dorsales, mise à nu de la dure-mère et de la moelle, qui apparaît ramollie et détruite ; mais on ne trouve pas trace de tumeur. Le malade meurt 3 jours après.

L'autopsie révèle deux foyers kystiques renfermant des vésicules hydatiques au niveau de la masse musculaire sacrolombaire. Une tumeur de même nature existait au niveau de la 10e vertèbre dorsale et comprimait la moelle en ce point : elle était caséeuse et renfermait des débris d'hydatides. L'incision opératoire s'était arrêtée à quelques centimètres trop bas.

L'auteur tire des conclusions de ce fait, relativement au diagnostic du siège des tumeurs spinales : il fait remarquer que la lésion de la moelle est toujours de deux vertèbres plus élevée que le point où se font sentir l'anesthésie et la paralysie motrice. H. R.

I. — Laminectomy for spinal compression, par ARBUTHNOT LANE (*Brit. med. j.*, *p.* 949, 31 *octobre* 1891).

II. — Trepanation der Wirbelsaeule bei Fracturen, par RIEDEL (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 39, *p.* 975, 28 *septembre* 1891).

I. — Arbuthnot Lane résume ainsi 11 cas de résection des lames vertébrales qu'il a pratiquée pour des cas de paraplégie par lésions osseuses :

1° Dans tous les cas, sauf un, où les fongosités n'ont pas trouvé leur issue au dehors, la moelle est comprimée par un abcès ;

2° Dans aucun de ces cas, on n'a observé la pachyméningite fibreuse, qui d'après Macewen, engloberait la partie postérieure de la dure-mère ;

3° La guérison spontanée, sans l'intervention chirurgicale, n'aurait pu se produire dans aucun de ces cas ;

4° Plusieurs de ces malades auraient succombé aux complications vésicales, qui disparurent après la résection des lames vertébrales ;

5° Une seule fois il y eut récidive rapide de matière tuberculeuse, dans les autres cas l'opération parut accélérer la soudure osseuse et la crétification de l'ulcération vertébrale ;

6° Presque toujours la moelle est comprimée au niveau de la 5e ou 6e vertèbre dorsale ;

7° Dans la plupart des cas de mal de Pott, l'intervention chirurgicale s'impose. H. R.

II. — Riedel présente un homme s'étant, il y a 13 mois, fracturé l'arc de la 6e vertèbre thoracique et ayant offert consécutivement les symptômes d'une compression grave de la moelle : paralysie totale de la motilité et de la sensibilité de la partie inférieure du corps, paralysie de la vessie et du rectum ; début d'eschare dès le lendemain de l'accident.

Après que Schede eut relevé le fragment osseux déprimé qui rétrécissait le canal vertébral, les troubles moteurs et sensitifs rétrocédèrent assez rapidement. Au bout de 3 semaines, les sphincters fonctionnaient normalement et au bout de 4 mois le malade pouvait marcher à l'aide d'un chariot. Actuellement, la force motrice des muscles est presque normale, ainsi que la sensibilité du côté droit, tandis que la sensibilité est affaiblie du côté gauche. Il y a exagération notable des réflexes tendineux et cutanés; la démarche est spasmodique.

Sur les 70 opérations de ce genre qui ont été publiées, 3 seulement ont été suivies d'une amélioration, d'ailleurs beaucoup moins marquée que chez le malade présent.

Dans la discussion, von Bergmann déclare qu'il ne croit pas qu'un fragment osseux déplacé puisse léser la moelle autrement qu'en la contusionnant ou l'écrasant. Il est en effet bien connu que la moelle peut supporter sans dommage des rétrécissements considérables du canal vertébral. De plus, il n'est pas rare de voir les symptômes les plus graves de fractures du rachis rétrocéder spontanément. J. B.

Des tumeurs non congénitales du sacrum, en particulier des sarcomes, par FRŒLICH (*Revue méd. de l'Est*, nos 23 et 24, 1891).

Il existe au sacrum une forme spéciale de tumeurs, sarcomes mous en général, à forme hématique, dont la rareté n'est pas trop grande ; elles atteignent de préférence le sexe féminin (5 fois sur 7 cas) entre 30 et 50 ans.

Les sarcomes à forme hématique simulent des kystes sanguins et l'erreur a été commise.

L'évolution de ces tumeurs se fait en un temps qui varie de six mois à plusieurs années à partir du jour où les premiers phénomènes se sont montrés. Les symptômes sont les suivants : douleurs sacro-coccygiennes, constipation, troubles de la miction et de la menstruation, signes physiques (tuméfaction, etc).

La résection partielle du sacrum, si elle est faite assez tôt, permet d'opérer ces tumeurs avec succès. Sur 7 cas, 3 ont été opérés, dont 2 avec succès. LEFLAIVE.

Sacro-coxalgies partielles, par P. DELBET (*Soc. anat., février* 1892).

Delbet a observé chez Duplay deux malades atteints d'une variété spéciale de sacro-coxalgie, qu'il désigne sous le nom de partielles.

Ces malades n'ont présenté aucun des symptômes de la sacro-coxalgie

classique : point d'attitude vicieuse, point de douleur à la pression transversale ou verticale. Ces signes négatifs s'expliquent par ce fait, que l'abcès tuberculeux qui siégeait chez l'un et l'autre malade, dans l'articulation, avait déterminé à sa périphérie un travail d'hyperplasie dont le résultat avait été des jetées osseuses allant de l'os iliaque au sacrum, isolant le foyer tuberculeux et immobilisant les deux os du bassin.

Cette sacro-coxalgie débute brusquement par des douleurs à caractères de névralgie sciatique : puis apparaît dans la région fessière un empâtement, et bientôt un abcès froid : or ces abcès ont une direction transversale (celle des fibres du grand fessier), perpendiculaire à celle de l'articulation, par suite trompeuse, capable d'égarer le diagnostic.

L'opération doit être large : et pour un évidement complet on doit traverser presque complètement la ceinture pelvienne; mais grâce à l'ankylose qui préexiste, la solidité de l'article n'est pas compromise.

MAUBRAC.

Zur Diagnose und Therapie des spontanen Aneurysma der Carotis communis, par KAREWSKI (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 37, *p.* 909, 14 *septembre* 1891).

Serrurier, âgé de 30 ans, sans autre antécédent morbide qu'un chancre il y a 7 ans. Depuis l'enfance, il a la voix couverte. Il y a quinze jours, dysphagie, violente douleur au côté droit du cou, et sensation que sa langue a augmenté d'épaisseur. En même temps, il se découvrit du côté droit du cou une tumeur qui ne cessa d'augmenter. Etat actuel. Du côté droit du cou, tumeur, de la grosseur du poing, arrondie, occupant l'espace compris entre le bord postérieur du sterno-mastoïdien et l'os hyoïde, et dirigée obliquement en avant et en bas. En haut, elle se perd dans les régions génienne et mastoïdienne, en bas, elle se prolonge jusque dans la fosse sus-claviculaire ; sa surface est complètement lisse. La peau qui la recouvre est mobile et intacte. La tumeur n'est ni pulsatile, ni fluctuante, mais très compressible ; son volume n'est pas modifié par la pression de la jugulaire ou de la carotide ; mais il est notablement augmenté par l'épreuve de Valsalva.

Au laryngoscope, paralysie de la corde vocale droite. Hors de la bouche, la langue est déviée à droite et paraît amincie de ce côté ; dans la bouche, les phénomènes sont précisément inverses. Pas d'autres symptômes paralytiques.

Pouls radial et temporal synchrones et de même force des deux côtés.

A l'inspection du pharynx, saillie des piliers et de l'amygdale droits qui sont rouges et œdématiés. Aucun battement dans la tête ni les oreilles. Apyrexie.

Deux ponctions exploratrices fournissent un jet continu de sang noir. Opération. Incision longitudinale, sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, de l'apophyse mastoïde à la clavicule ; section du peaucier, adhérent en haut à la tumeur. Celle-ci a ses dimensions maxima au niveau de l'os hyoïde ; au-dessus elle est beaucoup plus volumineuse qu'au-dessous, ce qui lui donne la forme de poire. Ligatures d'attente sur la carotide primitive immédiatement au-dessus de son origine et sur la jugulaire interne. Ligature de plusieurs vaisseaux partant de la tumeur, entre autres d'une grosse artère thrombosée qui se rend au corps thyroïde. L'hypoglosse, aplati et jaunâtre, est soudé à l'extrémité supérieure de la tumeur ; en voulant dégager ce nerf, la tumeur se rompt sur un point et donne lieu à une forte hémorragie artérielle. La ligature de la carotide primitive ne diminuant pas notablement l'hémorragie, on lie aussi la carotide interne et, avec moins de certitude, la carotide externe difficilement reconnaissable. Collapsus immédiat qui cède promp-

tement à des injections d'éther. Ouverture du sac anévrismal qu'on débarrasse de ses caillots; excision d'une partie des parois. Tamponnement de la cavité; suture. Guérison apyrétique sans accidents d'anémie cérébrale ni paralysies. Aucune hémorragie secondaire. Mais, durant les trois premiers jours, fortes envies de vomir et grande fréquence du pouls (130 en moyenne); le quatrième jour, on substitua un drain au tamponnement. J. B.

Zur Resection des Nervus buccinatorius, par VAMOSSY (*Wien. med. Presse*, n° 48, 1891).

La méthode de résection du nerf buccal, branche du maxillaire inférieur, qu'a indiquée, sur le cadavre, E. Zuckerkandl, n'avait été appliquée au vivant qu'une seule fois (cas de O. Zuckerkandl). L'auteur a traité avec succès, par cette méthode, un homme de 61 ans, qui souffrait depuis 12 ans.

On fait une section de la peau dirigée suivant une ligne allant du tragus au milieu du sillon naso-labial, de telle sorte que deux tiers de la section soient sur la joue, un tiers sur le masséter. On maintient avec l'écarteur le canal de Sténon et le nerf facial. On divise ensuite l'aponévrose massétérine et l'on extirpe la boule graisseuse, ce qui donne accès dans la loge limitée par le buccinateur, le ptérygoïdien interne, le masséter, la branche montante du maxillaire inférieur, le tendon du muscle temporal. C'est en arrière du tendon du temporal qu'on trouve le tronc du nerf buccal dont on résèque un fragment de 2 à 2 c. 1/2.

Ce procédé ménage les branches du facial et n'expose pas à de graves hémorragies. Il a l'inconvénient de déterminer une cicatrice très visible.

Pour éviter la cicatrice, il faudrait avoir recours au procédé de Holl.

L. GALLIARD.

Du traitement des névralgies rebelles du dentaire inférieur par l'excision de la portion intra-osseuse et l'arrachement du bout périphérique, par BEAUXIS-LAGRAVE (*Thèse de Lyon*, 1891).

L'auteur préconise le procédé de Tripier, qui consiste à isoler le nerf dentaire dans toute la longueur de son canal, à exciser cette portion intra-osseuse, et ensuite à opérer des tractions pour arracher son bout périphérique.

Dans les 5 observations de Tripier (dont 2 inédites), que cite Beauxis, le résultat immédiat a été excellent pour tous les malades : chez les 2 premiers opérés, les douleurs sont revenues au bout de quelques mois ou une année; le 3e, opéré depuis plus de 40 mois, reste guéri; les 2 derniers n'ont pas de récidive, mais sont opérés depuis 8 et 5 mois seulement. MAUBRAC.

Die Resektion... (Résection du nerf obturateur pour remédier à une contracture des adducteurs d'origine centrale), par LAUENSTEIN (*Centralbl. f. Chir.*, 19 *mars* 1892).

Homme de 46 ans, atteint de myélite chronique, se manifestant par divers symptômes parmi lesquels le plus pénible était une contraction des muscles adducteurs de la cuisse. On était obligé pour le soulager d'insérer un cousin entre ses deux genoux qui étaient à ce point *collés* l'un à l'autre, qu'il fallait développer une grande force pour les séparer l'un de l'autre. En présence de l'impossibilité de soulager le malade, et sur son pressant désir on se décide

à une intervention qui, après discussion, sembla devoir être dirigée sur les appareils de l'inervation des deux groupes d'adducteurs. On reséqua des fragments des deux nerfs obturateurs et aussitôt la contracture cessa. Les deux cuisses purent être immédiatement écartées de 25 centimètres; les jours suivants on atteignit 40 centimètres. MAURANGE.

Exstirpation einer Halsrippe wegen Drucks auf den Plexus brachialis (Extirpation d'une côte cervicale comprimant le plexus brachial), par G. FISCHER (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, *XXXIII*, 1, *p.* 52).

Il s'agit, dans cette intéressante observation, d'une côte cervicale qui comprimait le plexus brachial et déterminait des douleurs dans le membre supérieur et à la nuque. Tous les symptômes douloureux et parétiques disparurent après l'extirpation de cette côte supplémentaire. C'est la première fois qu'on extirpe une côte cervicale à cause des troubles qu'elle détermine elle-même. Fischer a, dès 1880, rassemblé tous les faits connus de côtes cervicales; il avait pu réunir 13 cas, et dans 4 d'entr'eux il y avait en même temps un anévrysme de l'artère sous-clavière. Depuis cette époque, dit-il, il n'a eu connaissance d'aucun travail relatif à cette question.

Jeune fille de 21 ans, vue le 15 juillet 1891, et qui présente depuis 7 semaines des douleurs dans la nuque et le membre supérieur gauche, et des formillements dans les doigts. Dès cette époque, la malade a senti une tumeur dure dans le côté gauche du cou. Depuis plusieurs années elle souffre d'une incontinence d'urine; elle est chlorotique.

Au cou on constate l'existence non d'une tumeur, mais de quelque chose d'anormal. Dans la région sous-claviculaire gauche on trouve une masse dure comme de l'os, à surface lisse, de forme allongée, grosse et longue comme le petit doigt environ. Elle se continue en dedans avec la colonne vertébrale et se perd en dehors dans les muscles. Elle n'est pas mobile et n'est pas douloureuse à la pression. Pas de pulsation artérielle dans le voisinage; pouls axillaire, brachial, radial, normal des deux côtés. La malade se plaint de tiraillements dans le cou et des douleurs déjà mentionnées. La puissance musculaire de la main gauche est très affaiblie. Diagnostic : côte cervicale comprimant le plexus brachial.

Opération. Extirpation de cette côte. Celle-ci avait son extrémité supérieure en rapport avec la 7e vertèbre cervicale. Au cours de l'intervention on ne vit ni l'artère sous-clavière ni le plexus brachial, avant l'extirpation de la côte. Guérison par première intention sans incident. Huit jours après les douleurs de la nuque et les tiraillements du cou avaient disparu ; bientôt il ne persiste aucun phénomène morbide, et trois semaines après, la parésie musculaire de la main avait notablement diminué. Tout était revenu à la normale un mois après l'opération.

La côte cervicale avait 4 centimètres de long; deux figures montrent la situation qu'elle occupait par rapport à la première côte dorsale et sa configuration extérieure. Enfin Fischer termine par quelques considérations cliniques sur ce cas fort curieux. MARCEL BAUDOUIN.

D'un nouveau procédé applicable aux interventions sur le poumon, par ROUX de Lausanne (*Bull. de la Soc. de chirurg. XVII, p.* 442).

Ce procédé, imaginé pour prévenir la formation d'un pneumothorax, consiste après avoir incisé les muscles intercostaux et mis à nu la plèvre pariétale, à suturer la plèvre pariétale à la plèvre viscérale, en harpon-

nant avec l'aiguille courbe la substance du poumon, au moment où un mouvement respiratoire le fait proéminer dans la plaie. Tout le tour de la plaie est ainsi garni de sutures à *arrière-point*.

Roux a obtenu par ce procédé, l'occlusion complète de la cavité pleurale pendant toute la durée de l'opération faite pour ouvrir une caverne du sommet du poumon. C. WALTHER.

Observation de gangrène pulmonaire traitée d'abord par les aspirations antiseptiques, puis par une intervention chirurgicale, par Constantin PAUL et PERIER (*Bull. Acad. méd.* 15 *mai* 1892).

Ce fait concerne un homme de 58 ans, atteint du côté gauche d'un foyer de gangrène pulmonaire et de symptômes de septicémie gangréneuse. Sous l'influence de la teinture d'eucalyptus et d'inhalations antiseptiques phéniquées il se produisit, à plusieurs reprises, une certaine amélioration; mais les crachats reprirent l'odeur gangréneuse, plusieurs vomiques fétides eurent lieu, et, les symptômes généraux s'aggravant, une intervention chirurgicale fut décidée et ainsi exécutée.

Une incision des téguments jusqu'à la plèvre pariétale fut faite au niveau du deuxième espace intercostal, en avant; elle mesurait environ 10 centimètres. Après incision de la plèvre et de la couche superficielle du poumon, on dut pénétrer à 2 centimètres de profondeur pour arriver à une cavité, à surface tomenteuse et contenant environ 60 centimètres cubes d'un pus visqueux, infect mêlé de débris de tissu sphacélé.

La cavité lavée et touchée avec du naphtol camphré, le drainage fut fait au moyen de deux drains accolés. Pansement antiseptique. A partir de ce jour suppression des accidents généraux, diminution rapide de l'expectoration et cicatrisation définitive de la plaie en sept semaines. OZENNE.

Operation for pulmonary hydatid, par W. ORD et H. ROBINSON (*Brit. med. j.*, *p.* 226, 30 *janvier* 1892).

Garçon de 18 ans, atteint depuis 4 mois de pleurésie droite. Trois semaines auparavant, point de côté violent, toux quinteuse et rejet d'une vomique purulente. Depuis lors, fièvre hectique, diarrhée, sueurs et expectoration profuse, dyspnée (54 R). Matité à la base droite du poumon jusqu'à la quatrième côte, souffle amphorique et râles muqueux, gargouillement par intervalles. Une ponction exploratrice donne issue à de la sanie sanguinolente et à des détritus membraneux; on ne trouve pas de crochets d'échinocoques. Incision et résection d'une côte, empyème. On ne tombe pas dans la cavité pleurale, mais dans le tissu pulmonaire qui ne donne pas de sang à la section. Issue d'une demi-pinte de pus fétide, drainage, lavage de la poche avec du permanganate de potasse. Diminution de la toux et de l'expectoration, mais persistance de la diarrhée et des symptômes généraux. Mort d'épuisement 13 jours après l'opération. A l'autopsie, sclérose pulmonaire autour de la poche: collection purulente à la partie supérieure de la plèvre, péricardite aiguë récente. Le foie renfermait deux kystes hydatiques. H. R.

Untersuchung der feineren Vorgänge bei der Heilung von Sehnenwunden... (Du mécanisme de la guérison des plaies tendineuses, et en particulier pour celle qui est instituée par la section opératoire du tendon d'Achille); par Otto BUSSE (*Deut. Zeitschrift f. Chir., XXXIII,* 1, *p.* 30).

Après un historique de la question à traiter, historique qui d'ailleurs n'est pas irréprochable, O. Busse relate les expériences qu'il a tentées lui-même pour élucider le processus histologique de la cicatrisation ten-

dineuse. Il a pratiqué 24 ténotomies du tendon d'Achille chez des cobayes, en ayant recours à différents procédés opératoires.

Dans la majorité des cas, il a fait la ténotomie sous-cutanée, d'autres fois la même opération à ciel ouvert; dans certaines expériences, enfin, il a utilisé des sutures tendineuses; et le tendon a été examiné plus ou moins longtemps après sa section. Voici les conclusions qui terminent le mémoire de Busse :

La guérison n'a jamais été plus complète quand il y a eu un épanchement de sang entre les deux bouts du tendon coupés. Les fonctions du membre se sont rétablies tout aussi bien quand l'opération a été exécutée en l'absence de cet extravasat.

Ce dernier même ne sert qu'à reculer l'époque de la guérison définitive, par suite du temps nécessaire à sa résorption. La réunion parfaite et d'emblée des deux bouts du tendon n'est pas possible à obtenir; il y a toujours entre eux une sorte de pièce intermédiaire. Par la suture on peut certainement diminuer les dimensions en longueur de cette bandelette intercalaire, mais jamais on n'a constaté son entière absence.

Le tissu nouveau qui se forme entre les deux extrémités des tendons, n'est pas encore, au bout de trois mois, tout à fait semblable au tissu tendineux type. Il est constitué de faisceaux primaires à directions parallèles, formant des groupes plus importants par leur réunion, et entre ces faisceaux on trouve des cellules.

Mais, plus tard, à la longue, la ressemblance s'accentue. En somme, la réparation tendineuse, pour être réalisée, demande un temps très long. MARCEL BAUDOUIN.

I. — Traitement des fractures transversales de la rotule par la suture métallique, par CORITON (*Thèse de Paris*, *mars* 1892).

II. — A case of longitudinal fracture of the patella, par A. H. FRASER (*Med. News*, *p.* 215, 20 *février* 1892).

I. — Coriton expose la méthode de Lucas Championnière et donne ses résultats. Il rapporte 30 observations (1 seul décès par rupture traumatique du rein). Les cas de fracture récente, au nombre de 19, ont tous guéri avec un cal osseux régulier, excellent, et rapidement solide. Il semble qu'on aurait eu de grosses difficultés à obtenir les mêmes résultats par d'autres méthodes, car dans toutes ces observations, se retrouve la disposition des tissus fibreux entre les fragments, décrite par Mac Ewen.

Onze fractures anciennes traitées par la suture montrent les mauvais résultats fournis par les méthodes employées dans ces cas, et l'heureuse influence de la suture, même à distance, sur l'atrophie musculaire; le muscle, jusque-là insensible, se réveille sous l'influence de l'électricité, grâce au point d'appui qui lui est fourni.

Championnière emploie pour la suture, un fil d'argent de 1 millimètre.

II. — Un homme de 24 ans, fut blessé par un coup de feu à 1/8e de pouce du côté externe de la ligne médiane de la rotule gauche qui est brisée en deux parties égales : le blessé put néanmoins parcourir une distance de 50 mètres : à ce moment il reçut un nouveau coup de feu dans la fesse droite.

Le premier projectile qui avait traversé le condyle externe du fémur fut extrait, les fragments de la rotule, séparés par un trait longitudinal, furent maintenus par un appareil plâtré ; drainage, irrigation quotidienne de l'article, iodoforme, guérison rapide.

Trois semaines après le malade commençait à marcher ; au bout de 3 mois, la réunion osseuse était complète, et le blessé marchait sans soutien.

MAUBRAC.

Contribution à l'étude du genu valgum infantile, par PHOCAS (*Bull. Soc. de chirurgie, XVII, p.* 446).

Phocas admet la bilatéralité du genu valgum chez l'enfant et la coexistence fréquente d'autres déformations rachitiques du membre inférieur, déformations qui, suivant le sens dans lequel elles agissent, peuvent exagérer ou masquer la difformité.

Il pense que dans la plupart des cas, le redressement par les appareils est possible. Quand le genu valgum est double, le meilleur appareil est celui de Heine (coussin interposé entre les genoux et jambes rapprochées par bande élastique).

Quand le genu valgum est très prononcé et que déjà les os ont acquis une consistance assez solide, il vaut mieux avoir recours à l'ostéoclasie manuelle; si celle-ci est impossible, il faut faire l'ostéotomie supra condylienne de Mac Ewen.

C. WALTHER.

Fractures rares du fémur, par BRAUN (*Arch. f. klin. Chir. XLII*, 1).

1° Fracture transversale de la partie postérieure du condyle interne. Homme de 48 ans victime d'un éboulement. Cinq jours après à l'examen, on constate à la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen de la cuisse gauche une plaie par où s'écoule une suppuration sanieuse, et qui communique avec le foyer d'une fracture sise au-dessous. Amputation de la cuisse au lieu d'élection. Guérison. A l'autopsie de la pièce, on trouve la capsule articulaire du genou non ouverte, mais fortement distendue par du sang coagulé; la partie postérieure du condyle externe en deux morceaux dont l'un, l'externe, tenait au ligament croisé postérieur, dont l'autre, l'interne, était relié au reste de l'os par quelques fibres ligamenteuses ;

2° Fracture de la tête fémorale dans une luxation ischiatique. Homme de 38 ans, tamponné par un train. A l'examen, la jambe droite est trouvée en rotation en dedans ; flexion et adduction. Réduction de la luxation ischiatique, facilement pratiquée dans le coma. Neuf heures après, l'homme meurt sans avoir repris connaissance. A l'autopsie, en dehors de lésions disséminées sur toutes les parties du corps, on trouve le fessier moyen, le jumeau inférieur et l'obturateur interne déchirés et infiltrés de sang. La partie postérieure de la capsule présentait une ouverture par laquelle la tête articulaire s'engageait et venait se placer au-dessous du tendon de l'obturateur interne. Sur la tête elle-même se voyait une ligne de fracture s'étendant en haut du milieu du fragment rond jusqu'en bas à la ligne d'insertion de la capsule. La partie interne de la tête se trouvait donc séparée du reste du col auquel elle ne restait reliée que par quelques faisceaux fibreux.

MAURANGE.

Des cartilages semi-lunaires. Physiologie et recherches expérimentales sur leurs luxations, par MOURET (*Nouveau Montpellier médical, n° 2, p.* 159, 1892).

Les luxations des cartilages semi-lunaires sont le résultat de l'exagéra-

tion des mouvements de flexion de la jambe avec rotation forcée, soit en dedans, soit en dehors.

A. La rotation en dehors produit trois variétés de luxation du cartilage semi-lunaire interne.

1° Luxation par léger enfoncement de l'extrémité antérieure du fibro-cartilage interne, dû, soit à une rupture de la capsule, soit à une laxité trop grande de la même capsule ;

2° Luxation par rupture de la capsule et de l'attache de la corne antérieure du fibro-cartilage interne.

3° Luxation de la partie postérieure du fibro-cartilage interne en avant du condyle fémoral.

B. La rotation en dedans peut produire la luxation du cartilage semi-lunaire externe.

Il existe deux variétés de luxation du cartilage semi-lunaire externe.

1° Luxation par enfoncement de la partie antérieure de ce fibro-cartilage, soit à la suite d'une déchirure de la capsule, soit à la suite d'une trop grande laxité de cette capsule.

2° Luxation par enfoncement en totalité du fibro-cartilage vers l'espace intercondylien.

Cette forme, décrite par Reid, Fergusson, Godlee, nécessite une rupture de la capsule sur tout le pourtour du fibro-cartilage ; elle doit se produire dans un mouvement de flexion avec rotation de la jambe en dedans combiné à l'adduction. G. LYON.

Ostéo-arthrite chronique du genou (variété ostéomyélitique de Tillaux), par WASSILIEFF (*Arch. de méd., janvier* 1892).

Le genou peut être atteint d'une arthrite chronique non tuberculeuse, de la variété ostéomyélitique de Tillaux.

Les symptômes sont caractéristiques; le diagnostic est facile.

Comme traitement, l'intervention rationnelle est la résection du genou.

Cette résection peut être totale. Elle peut, suivant l'auteur, être le plus souvent partielle (tibiale ou fémorale) suivant que l'ostéomyélite siège dans tel ou tel os.

La résection partielle est indiquée par le siège précis de la douleur ou, à l'ouverture de l'articulation, par l'aspect normal de l'une des surfaces. RICHARDIÈRE.

On detachment of the internal epicondyle of the humerus, par J. HUTCHINSON (*Brit. med. j., p.* 111, 16 *janvier* 1892).

Le détachement de l'épicondyle interne, qui se comporte comme une épiphyse, est une lésion très fréquente de l'enfance et accompagne souvent les luxations du coude ;

Le fragment, détaché ou déplacé en bas, se soude rarement à l'os, si même le fait arrive.

Dans le traitement, les mouvements passifs provoqués de l'articulation doivent commencer au bout de 3 semaines et continuer jusqu'au recouvrement de la fonction articulaire ;

Dans plusieurs cas, grâce à la compression du nerf cubital, on voit

se produire de la limitation des mouvements, de la fausse ankylose avec roideur articulaire et des troubles trophiques dans la sphère du nerf lésé. Dans ces cas, la résection du fragment d'os est indiquée, mais la résection du coude qui a été pratiquée deux fois est absolument injustifiable. H. R.

Les tuberculoses de l'épaule, par MONDAN et AUDRY (*Revue de chirurgie*, n° 3, *p.* 224, 1892).

Les recherches anatomopathologiques sur les tuberculoses de l'épaule ont conduit les auteurs aux conclusions suivantes :

A l'épaule la tuberculose des adolescents et des adultes présente surtout des formes osseuses. Elle débute ordinairement par l'humérus, bien que les lésions scapulaires ne soient pas rares.

Les tubercules le plus souvent sont épiphysaires et multiples et les deux points où on les rencontre le plus habituellement sont la tête et le col chirurgical.

Ils peuvent être centraux, mais plus souvent ils sont périphériques, développés soit sous les bords du cartilage, soit dans la rainure cervicale.

Le tubercule caséo-fongueux est le plus fréquent. On trouve assez souvent des séquestres huméraux ou l'infiltration de la tête.

Il y a lieu de distinguer deux formes bien nettement séparées : une humide, à évolution rapide, avec ou sans fistule; l'autre sèche tendant surtout à l'atrophie et à l'ankylose, à évolution très lente et caractérisée surtout par des douleurs fixes et tenaces. C. WALTHER.

Fall von doppelseitiger Luxation... (Luxation double de la tête du radius en avant), par MACHENHAUER (*Centralbl. f. Chir.*, 2 *avril* 1892).

Observée chez un garçon de 12 ans; probablement congénitale. Les deux avant-bras forment avec les bras un angle de 165° environ, dans l'extension complète et supination; une extension supérieure est même possible. Immédiatement au-dessous de l'épicondyle et en avant on trouve une voussure de 8 centimètres de longueur, 6 centimètres de largeur et 2 centimètres de profondeur. Le sillon normal entre le biceps et le long supinateur est plus marqué et transversalement dirigé. En arrière on trouve une excavation à la place normale de la tête du radius. En palpant la voussure antérieure, il est facile de reconnaître qu'elle est constituée par la tête du radius qu'on fait facilement mouvoir à droite et à gauche et dont il est facile de reconnaître la cupule. La flexion est possible jusqu'à un angle de 80°. On a déjà noté l'hyperextension. La pronation et la supination ne sont pas diminuées. Il n'y a ni douleur, ni gêne dans l'articulation. Pas de renseignements sur l'origine de cette luxation : l'accouchement a été spontané et s'est fait à 9 mois par présentation occipitale. MAURANGE.

Diseases of the hip joint (Maladies de la hanche), par R. LOVETT (*In*-8°, 220 *pages*, *Boston* 1891).

Voici un traité des diverses maladies de l'articulation de la hanche, et en particulier de l'ostéite articulaire tuberculeuse. Mais on peut encore citer de bons chapitres sur l'arthrite et la synovite aiguës, sur l'arthrite déformante, la maladie de Charcot, les luxations congénitales, et les affections hystériques.

Dans les 100 pages consacrées aux lésions tuberculeuses, nous voyons

décrite l'invasion de l'article par les foyers tuberculeux qui siègent dans la ligne épiphysaire du fémur, comme étant le cas le plus ordinaire.

Quant aux faits dans lesquels la lésion a son origine dans l'article lui-même, ils sont exceptionnels. Le rôle du traumatisme et de l'hérédité est soigneusement étudié.

L'auteur recommande chaleureusement comme mode de traitement la traction continue, aussi bien dans la position couchée que dans la station debout; et il insiste sur la nécessité de faire remonter jusque sur le thorax les appareils de fixation. Il conseille l'usage de béquilles, et d'un soulier à semelle très élevée pour le pied sain, même lorsqu'on a appliqué une attelle à traction continue; de toute nécessité il faut assurer le repos de l'articulation durant la marche.

Le traitement opératoire, que l'auteur limite à la résection, donne des résultats qui paraissent moins bons que ceux fournis par les seuls moyens mécaniques. MAUBRAC.

Traitement de la tuberculose articulaire par les injections d'iodoforme, par FRENTZEL (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 40, *p.* 1002, 5 *octobre* 1891).

Frentzel rend compte de 42 cas d'arthrites tuberculeuses traitées par les injections de glycérine iodoformée à 10 0/0. Bien qu'il n'ait à enregistrer aucun cas de guérison, la plupart des malades ont éprouvé une amélioration notable et 1 seul a été obligé de subir ultérieurement une résection (de la hanche). La quantité d'iodoforme injectée a oscillé entre 1 et 5 grammes.

Se basant sur les recherches de Leisinger, Frentzel pense que l'apparition de la méthémoglobine, plusieurs fois observée, doit tenir à la glycérine.

Dans la discussion, Heusner trouve que Frentzel a injecté des quantités très considérables d'iodoforme; personnellement, il a observé des phénomènes d'intoxication graves, après l'injection intra-articulaire de dix centigrammes d'iodoforme.

De son côté, von Bramann a vu survenir de la fièvre et du délire chez un jeune garçon à la suite d'une injection de 2 grammes d'iodoforme; mais les accidents ne se sont pas reproduits, malgré la continuation des injections à cette dose. J. B.

Ueber die Bedeutung der Diagnose des Blutergelenks gegenüber dem Hydrops tuberculosus, par KŒNIG (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 39, *p.* 974, 28 *septembre* 1891).

L'arthropathie des hémophiles a pour origine un épanchement sanguin intra-articulaire, qui peut persister des semaines, sans qu'on remarque d'abord d'autres lésions de la jointure. Ultérieurement, et vraisemblablement à la suite de nouvelles hémorragies, la surface interne de la synoviale et les cartilages se recouvrent de coagulations fibrineuses, brunes, qui, finalement, s'organisent en donnant lieu à un feutrage serré de villosités flottantes, colorées par le pigment sanguin. En même temps, il y a érosion et striation des cartilages articulaires, et la jointure se détruit plus ou moins.

Les symptômes de ces arthropathies hémophiliques se confondent

généralement avec ceux des arthropathies tuberculeuses, et surtout avec ceux de l'hydartrose tuberculeuse accompagnée de dépôts fibrineux. Il est cependant de la dernière importance d'en faire le diagnostic différentiel, car, sur 3 hémophiles atteints de cette lésion articulaire, Kœnig en a perdu 2 à la suite d'hémorragie, parce que, croyant avoir affaire à des arthropathies tuberculeuses, il était intervenu énergiquement. Les articulations atteintes ne tardent pas à devenir branlantes, et les malades ne les ménageant point, il survient des contractures et des déformations qui ressemblent, trait pour trait, à celles de la tuberculose articulaire : au genou, par exemple, on observe une contracture en flexion, du genu valgum, et une rotation de la jambe en dehors.

Les points sur lesquels on peut baser le diagnostic différentiel sont : 1° les antécédents personnels ou héréditaires du malade ; 2° l'âge et le sexe : les arthropathies liées à l'hémophilie se rencontrent presque sans exception chez des individus jeunes du sexe masculin ; 3° l'évolution indolore ; 4° la déformation caractéristique de la jointure ; 5° l'existence de contractures et de déformations au niveau d'autres jointures anciennement malades, ou l'altération simultanée de plusieurs articulations.

Le traitement des cas récents consiste dans l'élévation du membre, l'immobilisation et la compression de la jointure, et, plus tard, en mouvements passifs, prudents. 10 fois, Kœnig a obtenu de bons résultats de cette médication. 4 ou 5 fois, il a évacué le sang par une ponction qui est d'ailleurs utile pour le diagnostic ; jamais il n'a vu alors d'hémorragies secondaires.

Dans la discussion, von Bergmann déclare avoir observé un cas d'arthropathie hémophilique et Rehn aussi ; dans ce dernier, il existait des douleurs (*R. S. M.*, XXXVIII, 577). J. B.

Sur l'ostéopériostite albumineuse ou séreuse, par John BERG (*Nordiskt med. Arkiv, XXIII,* 4).

L'auteur a réuni 29 cas de cette affection, dont 5 personnels : il s'agit presque toujours d'une lésion d'origine infectieuse. Dans ces 5 cas, l'auteur a trouvé le staphylocoque pyogène, aureus et albus. Si l'infection ne détermine que cette exsudation séreuse ou muqueuse, c'est que le sujet possède une immunité relative, que l'infection est peu intense. Berg admet en résumé, suivant les cas, les opinions de Lannelongue et Vollert ou de Schlange et Roser. A. C.

Die Knöcherne Kanalisation... (Du drainage osseux dans le but d'assurer le tamponnement antiseptique permanent de l'articulation du genou), par DROBNIK (*Centralblatt f. Chir.*, 16 *janvier* 1892).

L'auteur propose dans les cas de tuberculose étendue des épiphyses de l'articulation du genou d'y creuser des canaux assez larges pour permettre le pansement et le tamponnement permanents des foyers par l'orifice de la plaie. Il procéda ainsi dans un fait où les condyles fémoraux et tibiaux étaient chacun le siège d'un foyer bacillaire; il combla la perte de substance osseuse avec de la gaze iodoformée et eut la satisfaction de constater la consolidation des épiphyses ainsi creusées et communiquant avec la plaie extérieure, moins de six semaines après l'opération.

Il estime que cette conduite favorise l'écoulement des liquides et permet ainsi de conserver un membre voué à l'amputation. MAURANGE.

An adress on the surgery of the tongue, par Jonathan HUTCH INSON (*Brit. med. j., p.* 1190-1247, 12 *décembre* 1891).

Les conclusions de la communication d'Hutchinson sur la chirurgie de la langue sont les suivantes :

Le cancer de la langue, très rare chez les femmes, se rencontre le plus communément chez les fumeurs, surtout quand ils ont eu préalablement la syphilis.

Il existe un stade précancéreux dans lequel la langue offre des signes de glossite suspects. Il faut dès cette période opérer, bien que le microscope ne révèle aucune trace d'épithélium évident : H. cite plusieurs faits dans lesquels, malgré l'ablation précoce de langues soi-disant saines, ultérieurement la récidive eut lieu avec généralisation ganglionnaire. Souvent le cancer ne survient qu'après plusieurs années de glossite, quelquefois même après la guérison apparente de la lésion locale. H. R.

I. — Goitre kystique énorme. Thyroïdectomie. Guérison, par CHOUPIN (*Loire méd.*, 15 *mars* 1892.

II. — Goitre kystique d'un volume extraordinaire guéri par l'extirpation, par BRUNS (*Arch. f. klin. Chir.*, *XLII*, 3).

I. — Ce fait, intéressant au triple point de vue du volume de la tumeur, du procédé opératoire employé et des phénomènes postopératoires, concerne une femme de 40 ans, atteinte depuis 10 ans d'un goitre ayant débuté du côté gauche. La circonférence maxima du cou mesurait 78 centimètres, et celle du pédicule de la tumeur 65 centimètres. L'ablation de cette tumeur eut lieu par le procédé d'extirpation extra-capsulaire, et les suites de l'opération ont été marquées par des phénomènes d'agitation et de manie et par de la fièvre pendant 18 jours. Guérison. OZENNE.

II. — Femme de 50 ans, de faible constitution, son cou mesure au niveau du goitre 80 centimètres de circonférence ; la tumeur seule 61 centimètres tranversalement, 70 centimètres de haut en bas, 22 centimètres d'avant en arrière. Pas de changement de couleur à la peau : circulation veineuse très apparente. Extirpation extra-capsulaire. Guérison. La tumeur pesait dix livres. MAURANGE.

De l'énucléation dans le traitement du goitre, par Auguste REVERDIN (*Rev. de chirurgie, n°* 3, *p.* 185, 1892).

Reverdin conseille de ne jamais opérer de goitre, à moins d'accidents pressants, sans avoir employé à l'intérieur l'iodoforme qui donne souvent de très bons résultats.

« Lorsque l'iodoforme ou tout autre médicament reconnu efficace aura donné tout ce qu'il peut donner et que, cependant, les symptômes : accroissement rapide ou accroissement lent mais continu, suffocation, douleur s'accentuent ou persistent, l'intervention chirurgicale est indiquée. »

Une incision unique est presque toujours suffisante. Le plus souvent elle sera parallèle au sterno-mastoïdien. Elle doit toujours être très longue.

Le corps thyroïde mis à nu, il faut l'inciser couche par couche pour arriver sur la tumeur facilement reconnaissable à son aspect, à sa couleur d'un brun grisâtre. L'incision de la glande est alors agrandie et la tumeur est énucléée avec une spatule ou mieux avec le doigt. Ce temps de l'opération doit être rapidement exécuté à cause de l'hémorragie abondante qui l'accompagne. La tumeur enlevée, le fond de la poche est saisi avec une pince hémostatique et soulevé, ce qui permet de saisir les vaisseaux qui donnent à sa surface. L'hémostase assurée, un drain est placé dans la poche qui est réunie par quelques points de catgut. Pour les réunions des téguments, Reverdin emploie la suture de Girard (de Berne) qui a l'avantage de réduire la cicatrice à son minimum.

Reverdin rapporte l'histoire des 14 dernières interventions qu'il a pratiquées pour des goitres.

L'énucléation est la méthode de choix; la thyroïdectomie partielle ne doit être employée que si l'énucléation est impraticable. C. WALTHER.

Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii, par DREESMANN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 5, *p.* 90, 1892).

Chez trois femmes, âgées de 20, 23 et 47 ans, opérées par Trendelenburg et Kocher, la ligature des artères thyroïdiennes (méthode de Drobnik) a eu pour résultat le ralentissement du pouls, la cessation de l'arythmie, la disparition de l'exophtalmie. Les autres symptômes (tremblement, sueurs profuses, insomnie, excitabilité) ont diminué ou disparu. L'état général des opérées s'est amélioré à tel point que ces femmes ont pu reprendre leurs occupations.

Le corps thyroïde est revenu à peu près à l'état normal.

Il convient de lier, dans la même séance, les 4 artères thyroïdiennes afin de provoquer à coup sûr l'atrophie de la glande.

Les résultats curatifs de cette opération sont peut-être un peu moins rapides que ceux de la thyroïdectomie. L. GALLIARD.

Stricture of the œsophagus from fibroid hypertrophy, par ROE (*N. York med. journ.*, *p.* 290, 14 *mars* 1891).

Femme de 58 ans, accusant depuis 3 mois de la dysphagie et ne pouvant plus, à la fin, avaler ni solide ni liquide. Les liquides passent dans le larynx ; tous les tissus de la région sont rigides. Alimentation par la voie rectale. Mort au bout d'un mois d'observation.

Le rétrécissement œsophagien commence à deux pouces de l'orifice supérieur et s'étend sur une longueur de deux pouces. A ce niveau, la circonférence extérieure de l'organe a diminué et la lumière peut à peine admettre un crayon. Les parois sont peu épaissies ; elles ont trois fois leur épaisseur normale (5 à 6 millimètres). Le tissu est dur, crie sous le couteau comme du squirrhe, mais au microscope on ne trouve que du tissu fibreux substitué au muscle et hyperplasié.

Les ganglions lymphatiques cervicaux sont hypertrophiés. L'auteur ne parle pas de leurs modifications histologiques.

Le larynx est entouré de tissus rigides. Pas de tubercules. L. GALLIARD.

Traitement de l'ulcère perforant de l'estomac par la section abdominale et la suture gastrique, par A. SIMON et Gilbert BARLING (*Brit. med. j.*, *p.* 63, 9 *janvier* 1892).

Une fille de 20 ans arrive le lundi à l'hôpital. Habituellement dyspeptique, ella a été prise le samedi d'une vive douleur épigastrique. A son entrée, elle semble peu malade, n'a ni fièvre ni angoisse : elle raconte que trois ans auparavant elle a eu un accident semblable, sans hématuries. Le lendemain, malgré une nuit relativement bonne, elle est dans le collapsus tympanique, le pouls petit, pourtant souffrant médiocrement de l'épigastre. Le soir, vomissements bilieux et signes de péritonite. Opération d'urgence. Incision sur la ligne médiane, de l'appendice xyphoide à l'ombilic. On tombe sur une collection purulente enkystée sous le foie, que l'on vide séance tenante. Puis, explorant l'estomac avec le doigt on sent une ulcération à bords calleux, avec une perforation d'où s'échappe le contenu de l'estomac. Après lavage de l'organe, suture de la plaie gastrique par la méthode de Lembert et injection abdominale à l'eau bouillie. Mort de collapsus 30 heures après l'opération.

Péritonite diffuse à l'autopsie, les parois de l'ulcère suturées sont en voie de guérison. H. R.

Remarks on fibrous stricture of the colon, par Harrison CRIPPS (*Brit. med. j.*, *p.* 1348, 26 *décembre* 1891).

L'auteur, après avoir indiqué les symptômes du rétrécissement du colon en général, esquisse aussi le diagnostic de la nature du rétrécissement. Quand celui-ci est fibreux, on trouve dans les antécédents des malades l'histoire d'une inflammation intestinale, avec douleur, diarrhée, parfois évacuation de selles purulentes : ou encore d'une affection typhoïde ayant donné lieu à des ulcérations intestinales.

La durée de l'affection, bien plus longue dans les rétrécissements fibreux, fournit aussi des renseignements d'une réelle valeur.

Enfin, la nature des déjections n'est pas indifférente. Dans les épithéliomes du colon, les garde-robes sont copieuses, formées et striées de sang. Dans les rétrécissements fibreux, au contraire, les selles sont rares, muqueuses ou muco-purulentes. La cachexie est également moins prononcée.

Suivent deux observations où le diagnostic a conduit à une laparotomie et à une colotomie suivie de guérison. A. R.

Ueber Duodenalstenœm, par BOAS (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 38, *p.* 949, 21 *septembre* 1891).

Il faut distinguer 2 sortes de rétrécissements du duodénum, suivant qu'ils siègent au-dessus ou au-dessous de l'abouchement du cholédoque.

Le diagnostic des rétrécissements de la première catégorie est impossible, parce que leurs symptômes se confondent avec ceux des rétrécissements du pylore.

En revanche, les rétrécissements situés au niveau ou au-dessous du canal cholédoque offrent des symptômes assez caractéristiques pour être facilement diagnostiqués.

Un symptôme important, sur lequel Leichtenstern a déjà appelé l'attention, c'est les vomissements continus de bile ou la présence de cette

dernière dans l'estomac. Ce signe n'a jamais fait défaut dans les cas publiés jusqu'ici [Riegel, Cahn (*R. S. M.*, XXIX, 249), Honigmann, Hochkaus].

Boas a constaté qu'il y a également reflux du suc pancréatique dans l'estomac.

Les autres phénomènes plus ou moins caractéristiques sont l'absence de produits de fermentation, de levures et de sarcines dans les matières vomies et les selles argileuses.

Dans la discussion, de Guttmann mentionne un cas de rétrécissement, vérifié à l'autopsie, qui n'aurait pas donné lieu à des vomissements bilieux. J. B.

Ueber Gallensteine im Magen (Calculs biliaires dans l'estomac), par GRUNDZACH (*Wien. med. Presse, n°* 28, *p.* 1089, 1891).

Une femme, dyspeptique depuis longtemps, présente une dilatation considérable de l'estomac; la grande courbure est à 5-6 centimètres au-dessous de l'ombilic. Pas de tumeur. Persistance de l'HCl et de la pepsine. On admet un retrécissement du pylore de cause indéterminée.

Or, à la suite du lavage on trouve dans l'eau quatre calculs à facettes gros comme des pois, contenant de la cholestérine, des cristaux d'acide gras, des matières colorantes de la bile à côté de sels minéraux ; ce sont des calculs biliaires.

Comme l'existence du rétrécissement pylorique doit faire écarter l'hypothèse d'un reflux des matières contenues dans un duodénum normal, il faut admettre soit le rétrécissement du duodénum au-dessous de l'ampoule de Vater (au lieu du rétrécissement pylorique supposé), soit une fistule cholécystico-gastrique ou cholédochogastrique. Cette dernière pourrait coïncider, comme dans le cas de Sokolowski, avec le rétrécissement cicatriciel du pylore. L. GALLIARD.

Technique et indications des opérations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires, par CHAPUT (168 *pages. Paris,* 1892).

L'auteur a réuni en ce volume la description des opérations pratiquées sur le tube digestif et ses annexes, et qui comportent des sutures.

Il expose en des descriptions courtes et précises, rendues plus faciles par de nombreux dessins très clairs, la technique de ces sutures, ses procédés personnels, entérorraphie longitudinale, greffe intestinale à l'aide de gaze iodoformée (*R. S. M.*, XXXVIII, p. 270), suture circulaire avec fente, par abrasion, etc.

A citer, parmi les diverses questions traitées, les résections et sutures de l'intestin, l'entérorraphie, l'entéro-anastomose (avec étude critique de ses indications), l'entérostomie, l'anus contre nature, son établissement et son traitement, ainsi que le traitement des fistules pyostercorales; le traitement des plaies de l'intestin.

Les diverses opérations pratiquées sur la vésicule biliaire, et l'étude de leurs indications, les opérations pratiquées sur l'estomac sont également décrites, et avec le même soin.

Livre d'utilité indiscutable, très personnel, groupant un ensemble de notions qui rendront plus aisée la pratique si délicate de la chirurgie intestinale. MAUBRAC.

Cure radicale des hernies, par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (*In*-8°, 724 *pages*, *Paris*, 1892).

Dans un mémoire, en 1887 (*R. S. M.*, XXIX, 667) Championnière avait exposé sa technique personnelle, d'après une série de 10 opérations. Le traité qu'il publie aujourd'hui est une monographie complète dans laquelle il s'applique à faire connaître une méthode de cure radicale applicable à toutes les variétés de hernies, dans toutes les régions : certaines variétés qui paraissaient devoir opposer les difficultés les plus sérieuses, comme les hernies congénitales de l'homme et de la femme, la hernie ombilicale, sont celles qui donnent les résulats les plus favorables.

Le jeune âge des sujets et l'intégrité de leurs organes respiratoires constituent les conditions les plus favorables de l'opération : les indications en sont toutefois fort étendues : et à ce point de vue, on peut diviser les sujets en deux groupes suivant l'âge : dans le premier groupe, hernieux de 6 ou 7 ans à 40 ans, la cure radicale paraît devoir être la règle : et il ne faut rejeter l'opération qu'en cas de cachexie, ou chez les individus présentant des hernies si petites qu'elles n'apportent aucune gêne ou que l'opération serait impraticable, ou surtout chez les sujets dont les parois sont détestables, dont les hernies sont multiples. Ces réserves faites, il faut opérer toutes les hernies, surtout les hernies douloureuses irréductibles, incoercibles, les hernies qui s'engouent ; pour les autres cas, l'urgence est moins prononcée, mais les bénéfices n'en sont pas moins évidents.

Après 40 ans, le danger croît, et on n'opèrera que la hernie gênante, incoercible ou douloureuse, ou lorsqu'elle menace d'accidents.

Chez les vieillards, il ne faut intervenir que si la vie est menacée plus ou moins prochainement, ou bien, dans les rares cas, où la hernie rend la vie insupportable.

Chaque variété de hernie est étudiée séparément, ainsi que les suites opératoires et complications après la cure radicale. A citer encore le chapitre consacré à la cure radicale de la hernie étranglée, à l'hydrocèle congénitale, à l'orchidopexie.

En résumé, dans cette monographie, impossible à analyser en détail, basée sur 275 opérations personnelles de cure radicale de hernie sans étranglement, sont étudiées d'une manière très complète toutes les questions qui se rattachent à la cure radicale de la hernie. MAUBRAC.

Un cas d'occlusion intestinale par torsion du gros intestin ; laparotomie; colopexie transverse, par VILLAR (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 *janvier* 1892).

Ce fait, concernant une femme, atteinte, depuis plusieurs jours, d'une occlusion intestinale, qui n'avait pas cédé aux purgatifs, est intéressant par l'intervention qui a été mise en pratique. La laparotomie médiane ayant montré que la cause de l'occlusion était due à une torsion d'une portion de l'S iliaque, l'anse tordue fut immédiatement retournée en sens inverse ; puis, pour empêcher que la même torsion se reproduise à l'avenir, ce que pouvait faire craindre une certaine tendance de l'intestin à reprendre sa position anormale, l'opération a été ainsi complétée.

L'incision abdominale ayant été agrandie par la partie supérieure, le colon transverse abaissé a été relevé jusqu'au niveau de la grande courbure de l'estomac et fixé à la paroi abdominale par sept points de suture au gros

catgut. Aucun accident ne se montra pendant les trois premiers jours qui suivirent l'opération, mais, à partir du quatrième jour, où il y eut une seule élévation de température, accélération du pouls, affaiblissement graduel et mort au bout de 72 heures. Pas d'autopsie. OZENNE.

De l'occlusion intestinale par calculs biliaires et de son traitement, par KIRMISSON et ROCHARD (*Arch. de méd., février et mars* 1892).

Travail basé sur 105 observations.

L'occlusion intestinale par calculs biliaires est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle se voit surtout dans la vieillesse. L'existence d'un ictère antérieur est rare.

C'est le plus souvent dans l'intestin grêle que s'arrêtent les calculs biliaires. Le volume des calculs est très variable. Il égale parfois un œuf de pigeon ou un œuf de poule.

Les lésions de l'intestin sont celles qu'on rencontre dans toutes les occlusions intestinales. Les symptômes n'ont rien de spécial. Le pronostic est grave : sur 105 faits, il y eut 71 morts et 34 guérisons.

Le traitement médical est de peu de ressource, l'électrisation peut donner de bons résultats. La laparotomie, malgré ses résultats encore peu encourageants, car elle n'a été employée qu'à la dernière extrémité, devra être pratiquée quand les moyens médicaux auront échoué.

RICHARDIÈRE.

De l'occlusion intestinale consécutive à l'accumulation d'ascarides lombricoïdes, par P. SIMON (*Revue méd. de l'Est, n°* 8, *p.* 225, 1892).

P. Simon relate six cas d'occlusion intestinale vermineuse dont l'un lui est personnel, en voici le résumé :

Un enfant de 11 ans présente tous les signes de l'obstruction intestinale ; Heydenreich pratique un anus artificiel, l'incision de l'intestin donne issue à un flot de matières fécales liquides et le ventre s'affaisse. Le surlendemain de l'opération un paquet de sept ascarides vivants se présente à l'anus artificiel, un huitième ver est expulsé peu après, le jour suivant, l'enfant a cinq selles par l'anus physiologique et dans la suite la guérison définitive est obtenue.

C'est là une affection grave, sur six cas un seul s'est terminé favorablement au prix d'une intervention chirurgicale, c'est là, semble-t-il, l'unique chance de salut. PIERRE PARISOT.

De l'éventration opératoire. Prophylaxie et cure radicale, par P. GOULLIOUD (*Lyon méd.* 1er *mai* 1892).

Dans ce travail, G. envisage surtout les éventrations de la ligne blanche, consécutives à la laparotomie. La cause primordiale de ces éventrations est le défaut de réunion des couches aponévrotiques, constituant un plancher solide, une véritable sangle abdominale. Au moindre point faible, par suite de non union de cette couche, il pourra survenir une hernie. Certaines causes concourent à faciliter la production de ces éventrations, telles, le relâchement antérieur de la paroi abdominale, la distension de l'anneau ombilical, etc..., mais la seule cause vraie est due à un défaut de suture des plans aponévrotiques.

Pour assurer cette réunion, G. insiste sur la nécessité de bien suturer ces couches, et il a coutume de faire, après les laparotomies, une triple

suture séparée, péritoine, couches aponévrotiques, peau, le tout au catgut. Les résultats ont été excellents dans les cinq cas qu'il publie de cure radicale d'éventrations. En terminant, l'auteur discute les indications des divers procédés de Simon, Maydl, Chroback, etc. A. C.

Du traitement du cancer intestinal (rectum excepté), par O. BLOCH (*Nordiski med. Arkiv*, *XXIII*, 1).

Bloch a réuni 145 cas de cancer intestinal, dont 80 portant sur l'S iliaque. L'ablation de la partie malade a été pratiquée dans 48 de ces cas, 29 avec suture et réduction de l'intestin, les autres avec anus artificiel; mortalité 26.

Chez 93, anus artificiel à titre palliatif, sans toucher au cancer; 74 morts. Dans 4 cas, laparotomie exploratrice, sans décès.

La mort a été causée par le collapsus, 20 fois, la péritonite, 24 fois, septicémie aiguë, 1, perforation de l'intestin, 8, gangrène, 2, pneumonie, 3, ileus, 1.

Dans sept autres cas ne figurant pas dans cette statistique, il s'agissait de cancer intestinal avec prolapsus anal. A. C.

Étude des néoplasies primitives du grand épiploon, par CAMUS (*Thèse de Paris*, 1892).

L'auteur résume ce travail dans les conclusions suivantes :

Les néoplasies primitives du grand épiploon, affections très rares, ne se développent qu'aux dépens de son endothélium ou des éléments de son tissu conjonctif. Les endothéliomes se montrent sous forme de nodosités disséminées, d'un petit volume, provoquent des douleurs violentes et s'accompagnent d'ascite.

Les lymphomes se manifestent sous forme de nodosités lenticulaires ou marronées; ils s'accompagnent d'ascite, d'engorgement ganglionnaire généralisé et se rencontrent chez des sujets jeunes.

Parmi les polypes, les uns, petits, passent généralement inaperçus ou deviennent corps libres intra-péritonéaux. Les autres, volumineux, déterminent un obstacle mécanique à la respiration, d'où une dyspnée progressive et bientôt fatale.

Les fibromes adultes sont rares. Les fibromes embryonnaires (sarcome), qui se développent chez les jeunes sujets, évoluent assez rapidement en produisant un œdème considérable et finalement de l'amaigrissement. Leur pronostic, de même que celui des lipomes, est grave.

Quant au traitement, ces néoplasies sont justiciables de l'ablation, quand les accidents menacent la vie. OZENNE.

Gastro-enterostomy and jejunostomy, par BOWERMAN JESSETT (*Brit. med. j.*, p. 119. 16 *janvier* 1892).

Jessett donne le résumé de 5 observations de gastro-entérotomie pour des cancers du pylore et de 2 cas de jéjunostomie pour des cancers du cardia. Des 5 premiers cas, trois ont guéri. L'un d'eux a déjà été opéré depuis 30 mois : un autre, depuis 15 mois. Un troisième est mort 9 mois plus tard, des progrès de son cancer. Les deux décès ont eu lieu par inanition progressive et par péritonite septique. Les deux opérations de jéjunostomie ont également réussi. H. R.

Gastro-enterostomy for pyloric tumour, with gradual disappearence of the tumour..., par Crawford RENTON (*Brit. med. j., p.* 64, 9 *janvier* 1892).

Femme de 38 ans, souffrant depuis plusieurs mois de vomissements, constipation, amaigrissement progressif et impossibilité de s'alimenter. On sent une tumeur au niveau du pylore et l'estomac est dilaté.

Opération le 16 novembre. Incision de l'abdomen un peu à gauche de l'ombilic. On met aisément à découvert la tumeur qui a le volume d'une orange et l'aspect d'un néoplasme de mauvaise nature, bien que sans adhérences péritonéales. L'estomac étant fixé, on pratique une incision d'un quart de pouce au-dessus du pylore, de façon à l'explorer, et on constate son rétrécissement, trop serré pour pouvoir être dilaté. Cela fait, une plaque d'os décalcifié (méthode de Jessett) est introduite dans la boutonnière stomacale et suturée au moyen de fil de catgut. Pareille opération est pratiquée sur une anse de jéjunum préalablement vidée de son contenu, et les deux plaques sont appliquées l'une contre l'autre et suturées par la méthode de Lembert.

Guérison parfaite. Trois semaines après, la malade prend une nourriture solide et engraisse. Depuis lors (il y a huit mois que l'opération est pratiquée) elle est en parfaite santé, et chose remarquable, la tumeur a complètement disparu, ce qui peut tenir à l'embonpoint des parois abdominales. L'auteur croit qu'il s'agissait d'un rétrécissement purement fibreux du pylore. H. R.

Einige Bemerkungen zur Colotomie, par O. KAPPELER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n*° 1, *p.* 2, 1er *janvier* 1892).

Dans les méthodes de création d'un anus artificiel, Kappeler distingue la colostomie où les parois intestinales sont simplement incisées latéralement, de la colotomie où l'on sectionne complètement les deux anses intestinales altérées. Il donne généralement la préférence à la colostomie comme opération à la fois plus simple et plus rapide et rapporte à l'appui 7 observations dont 6 de cancer et 1 de rétrécissement syphililique du rectum. Il conclut :

La colostomie iliaque est, dans les cas de cancers rectaux inopérables et de processus ulcéreux du rectum rebelles à tout autre traitement, une opération extrêmement efficace, inoffensive quand elle est bien faite, et qui prolonge la vie en mettant fin à des souffrances intolérables.

Il n'y a pas lieu de rejeter absolument l'opération en deux temps qui conserve sa valeur pour une certaine catégorie de cas où elle est préférable à l'opération en un temps ; mais le deuxième acte opératoire doit être effectué le même jour, de 8 à 12 heures après le premier.

Dans la colotomie iliaque, il n'y a pas lieu de pratiquer, comme le recommandent Madelung et Schinzinger, la réduction du bout périphérique d'intestin suturé. J. B.

Sigmoidostomy simplified, par H. A. REEVES (*Brit. med. j., p.* 66, 9 *janvier* 1892).

La simplification du procédé opératoire employé par Reeves, pour faire la colotomie au niveau de l'S iliaque est la suivante. Après incision de la paroi abdominale, il fait une boutonnière péritonéale correspondant exactement à la situation de l'S illiaque. Cela fait, il tire à travers cette boutonnière, l'anse intestinale avec un fragment de mésentère, et la fixe en transposant le mésentère par une sonde de gomme élastique bien désinfectée, qu'il laisse en place. L'anse ainsi herniée se congestionne, s'épaissit et contracte des adhérences à la paroi abdomi-

nale, au bout de deux ou trois jours, il ouvre impunément l'anse de l'S iliaque et par le seul fait de la rétraction de mésentère, la plaie intestinale se trouve affronter la paroi et rentre progressivement dans l'abdomen. Les suites de cette opération sont très simples, l'important est de la faire en deux temps, à 3 ou 4 jours d'intervalle.

Suivant 2 observations où l'opération a été faite avec succès de cette façon. H. R.

Ileocolostomie, par HOCHENEGG (*Soc. des méd. de Vienne*, 4 *décembre* 1891).

Chez un homme de 33 ans qui paraissait atteint de cancer inopérable du cæcum, l'auteur a pratiqué l'iléocolostomie : section de l'iléon et du côlon, réunion par suture circulaire; fixation à la paroi abdominale.

A la suite de l'opération, la tumeur, qui était comme le poing, est devenue plus petite et plus mobile; si bien que le diagnostic de carcinome est difficile à maintenir. D'autre part, il n'y a pas de tuberculose. — On est donc forcé d'admettre une tumeur inflammatoire (chronique) du cæcum.

L'iléocolostomie est indiquée dans les cas de tumeurs malignes du cæcum, dans les inflammations récidivantes de la région, dans les fistules stercorales.

On la substituera à l'opération de l'anus contre nature quand il n'y aura pas urgence absolue à opérer. L. GALLIARD.

Ueber die Aetiologie der stricturirenden Mastdarmgeschwüre (Sur l'étiologie des ulcères qui produisent les rétrécissements du rectum), par **R. POELCHEN** (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXVII*, 2).

Poelchen analyse 223 cas d'ulcères et de rétrécissements du rectum, afin de déterminer les causes de ces affections.

Voici les principaux résultats qui découlent de cette étude :

1° Ces affections sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme et l'enfant.

2° Dans la plupart des cas, les individus malades étaient syphilitiques; mais plusieurs fois ces lésions furent observées chez des personnes indemnes de syphilis.

3° La gestation prédispose à la production de ces lésions rectales.

4° Le traitement par le mercure paraît occasionner certaines affections du rectum.

5° Les fistules recto-vaginales, les abcès des glandes de Bartholin et les inflammations consécutives de la sous-muqueuse ont une influence directe sur les rétrécissements du rectum.

6° Sauf dans quelques cas de syphilis, les ulcérations rectales ne guérissent pas sous l'influence du traitement.

En résumé, Poelchen arrive à cette conclusion, que l'étiologie des ulcères du rectum est à peu près inconnue. ÉD. RETTERER.

Ueber die sogenannten syphilitischen Mastdarmgeschwüren (Sur les ulcères du rectum soi-disant syphilitiques), par **P. NICKEL** (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXVII*, 2).

Nickel décrit 14 cas d'ulcères du rectum, et il arrive aux conclusions suivantes :

1° Les ulcères syphilitiques du rectum sont rares.

2° Les ulcères du rectum qui en se cicatrisant produisent des rétrécissements, reconnaissent pour causes principales, le *traumatisme*, et *les eschares produites* par les matières fécales.

La canule du clysopompe, l'exploration de la paroi antérieure du rectum avec le doigt, etc. Occasionnent souvent des ulcérations dans ce segment du tube digestif.

Lorsqu'à la suite de constipation, les matières fécales sont devenues dures, elles produisent la nécrose de la muqueuse et permettent l'entrée des principes irritants dans le tissu sous-muqueux. Ce fait rend suffisamment compte de la fréquence plus grande des ulcères du rectum chez la femme et surtout chez les filles publiques. On sait également que la grossesse prédispose à ces affections en raison des constipations si opiniâtres qui surviennent pendant la gestation.

Comme moyen prophylactique, Nickel conseille de vider le rectum pour éviter la production des ulcères. ÉD. RETTERER.

Nouveau mode de rectopexie pour le prolapsus du rectum, par LAGRANGE et DONADIEU (*Journ. méd. Bordeaux*, 31 *janvier* 1892).

Ce procédé de rectopexie, que Lagrange a appliqué avec succès sur un enfant de 7 ans, s'exécute ainsi : une aiguille de Reverdin, introduite sur le doigt dans le rectum, traverse successivement muqueuse, tissus sous-muqueux, tunique musculaire et les diverses couches qu'elle rencontre jusqu'à l'extérieur, sort un peu au-dessous du coccyx à un centimètre à droite de la ligne médiane, ramène un catgut dans l'extrémité inférieure et sort par l'anus.

Un deuxième catgut est passé dans les mêmes conditions à un centimètre et demi en dehors du premier, ou au-dessus, au choix du chirurgien. On noue ensemble l'extrémité inférieure des deux fils, les transformant en une anse, que l'on tire dans le rectum et qui l'embrasse sur une étendue d'un centimètre et demi.

Les deux extrémités libres de l'anse sont alors nouées en interposant entre le nœud et la peau un rouleau de gaze iodoformée. Pareille manœuvre est répétée à gauche et des catguts sont passés en des points symétriques. Les différentes couches sont ainsi fortement fixées entre elles. OZENNE.

I. — Ueber Resectio recti, par KRASKE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 39, *p.* 974, 28 *septembre* 1891).

II. — Discussion de la 64e réunion des naturalistes et médecins allemands (*Idem*, *p.* 975).

I. — On est encore indécis sur la meilleure manière de traiter les 2 bouts de l'intestin dans la rectectomie par la voie sacrée. Pour sa part, Kraske a entièrement renoncé à en pratiquer la suture circulaire, parce qu'il n'a obtenu qu'une fois une réunion par première intention, tandis qu'il a perdu 3 opérés dont la suture avait cédé en allant à la garderobe. Aussi ne suturait-il plus les bouts d'intestin qu'en avant, mais il a dû reconnaître aussi que l'oblitération ultérieure d'un tel anus artificiel était généralement très malaisée. Actuellement, il préconise, provisoirement au moins, l'invagination du bout supérieur, également recom-

mandée par Hochenegg. Il fait passer le bout supérieur à travers le bout inférieur et le fixe par quelques points aux téguments de la région anale. Au bout de quelques jours, les sutures se relâchant, le bout supérieur de l'intestin se rétracte spontanément; sinon on l'y aide par une petite opération secondaire. Sur 10 opérations effectuées de cette manière, Kraske a obtenu 5 guérisons par première intention avec intégrité des fonctions; 4 malades ont une fistule qui ne tardera pas à se fermer chez l'un d'eux, et le dixième est mort de pneumonie. Kraske désire éviter de recourir à la colotomie comme opération auxiliaire.

Avec le temps, le pronostic de la résection rectale par le sacrum s'est bien amélioré. Les 35 opérations de Kraske lui ont donné une mortalité de 28 1/2 0/0; de ses 15 derniers opérés, un seul a succombé, emporté par une pneumonie.

II. — Schede a fait 29 fois la résection du rectum par la voie sacrée avec 10 morts, soit une mortalité de 35 0/0.

Il a toujours pratiqué la suture circulaire des bouts de l'intestin. 17 malades ont guéri avec des fonctions normales; 8 d'entre eux seulement ont eu d'abord une petite fistule. Il est partisan de la colotomie, à titre d'opération auxiliaire, qu'il exécute dans une séance ultérieure. Si au contraire la colotomie doit précéder la rectectomie, il la fait sur le colon ascendant pour ne pas compliquer l'abaissement du colon iliaque, s'il est nécessaire.

Von Bramann présente un homme chez lequel il n'a d'abord réuni que la circonférence antérieure des bouts d'intestin. Pour faire cesser la tension du bout supérieur, il l'avait préalablement suturé dans la plaie. Il a obturé ensuite l'anus artificiel par une suture secondaire en recouvrant la perte de substance cutanée à l'aide d'un lambeau pédiculé de la région fessière. Cette seconde opération est beaucoup facilitée quand on fait lever les malades aussitôt que possible après la première opération; il arrive en effet que le bout central de l'intestin descend de lui-même. Le malade de Bramann est opéré depuis 15 mois, et ses sphincters fonctionnent normalement; sous le lambeau cutané, s'est formé un sac herniaire qui ne gêne aucunement cet homme.

Kœnig insiste sur l'extrême importance d'une cure préalable de 10 à 15 jours pour vider l'intestin.

Kraske a continué cette cure préliminaire jusqu'à 4 semaines, sans pouvoir obtenir l'évacuation complète. J. B.

Cases of gall-bladder surgery (Chirurgie de la vésicule biliaire), par R. ABBE (*N. York med. journ.*, p. 120, 30 *janvier* 1892).

Dans ces quatre cas, les résultats de l'opération ont été favorables :

1° Femme de 64 ans, ayant des coliques hépatiques depuis 6 ans, mais surtout depuis 4 mois ; ictère, cachexie. On trouve dans la vésicule trois grands calculs qu'on enlève. Cathétérisme du canal cholédoque à l'aide d'une bougie en gomme. Suture de la vésicule qu'on abandonne dans la cavité abdominale. Suture de la plaie, guérison rapide. Six mois après l'opération, santé parfaite.

2° Jeune femme portant, depuis 5 ou 6 mois, une tumeur de l'hypochondre droit. On a songé au cancer. L'auteur diagnostique une cholécystite suppurée. Après laparotomie, il tombe sur la vésicule dont les parois, extraordinairement épaissies (un pouce à un pouce et demi), ont une apparence squirreuse.

La cavité de la vésicule est réduite à un mince canal contenant deux drachmes de pus. On établit une fistule qui s'ouvre à l'extérieur. Six mois plus tard, l'auteur trouve un calcul qu'il enlève. Guérison complète au bout de quelques mois.

3° Femme de 29 ans, souffrant de cholélithiase depuis 10 ans. Première opération en octobre 1888; ablation de 53 calculs. Six mois plus tard, la fistule fournissant toujours des mucosités et de la bile, nouvelle laparotomie. On ne trouve pas d'abord de calcul dans le canal cystique. L'auteur dissèque la vésicule, rompt les adhérences qui la retiennent au foie, au colon et à l'estomac et excise l'organe. Il constate alors, entre deux points rétrécis du canal cystique, un petit calcul. Il ferme la cavité abdominale. Guérison rapide. Depuis 3 ans, pas de douleurs, santé parfaite.

4° Femme de 36 ans, malade depuis 2 ans et demi. Coliques fréquentes, ictère, foie hypertrophié, tumeur au niveau de la région pylorique, cholémie intense.

Laparotomie. La vésicule n'est pas dilatée. Elle contient quelques calculs qu'on enlève, mais on est obligé d'inciser les canaux cystique et hépatique pour en extraire d'autres. Il est même nécessaire d'inciser le canal cholédoque pour enlever le plus gros calcul, lequel est inséré entre deux rétrécissements, on y fait ensuite passer une bougie qui pénètre dans l'intestin. Excision de la vésicule et du canal cystique. Suture des canaux hépatique et cholédoque, mais en laissant à l'union de ces conduits, un drain qui amène la bile au dehors. Au bout de quelques jours l'ictère diminue. On enlève le drain; la bile reprend la voie normale et colore les selles. Un mois plus tard on ferme la fistule. Guérison en quelques semaines. L. GALLIARD.

On resection of the liver especially for hepatic tumors (De la résection du foie spécialement pour les tumeurs hépatiques), par KEEN (*Boston medical and surgical journal*, 28 *avril* 1892).

Il s'agit d'une femme de 31 ans, ayant eu la malaria, éprouvant des douleurs du côté droit de l'abdomen, sans ictère. A l'examen de cette région, on trouve une tumeur ovale, mobile, ayant à la palpation la consistance du rein et séparée de la matité hépatique par une zone de résonnance tympanique de trois travers de doigts.

Opération le 9 octobre 1891. A l'ouverture du ventre, on voit que la tumeur n'a aucune connection avec le rein, mais bien avec le foie embrassant l'extrémité droite de son bord antérieur et adhérant à la vésicule biliaire normale. Ablation avec le thermo-cautère. Suites opératoires des plus simples. Quatre mois après l'opération la malade était en excellente santé. Examen de la tumeur : Tumeur ovoïde pesant 113 grammes. Surface opératoire formée de tissus du foie et de tissu connectif; quelques larges vaisseaux pénètrent dans la tumeur par ce point. A la section de la tumeur on voit qu'elle est creusée de nombreux kystes de formes et de grandeurs différentes, de 1 millimètre à 3 centimètres 1/2, communiquant les uns avec les autres, les surfaces libres recouvertes de tissu épithélial à cellules cylindriques sans cils vitratils avec quelques formations papillomateuses. Le stroma de la tumeur est du tissu connectif sillonné de bandes de tissu musculaire non strié. CART.

De l'hydronéphrose intermittente, par Félix TERRIER et Marcel BAUDOUIN (*Revue de chirg. et in-8° Paris*, 312 *p.*, 1891).

Dans cet ouvrage, dont une partie a paru au milieu de l'année 1891 dans la *Revue de chirurgie*, Terrier et Marcel Baudouin ont fait une monographie extrêmement complète de cette variété d'hydronéphrose,

mal connue jusqu'à ces derniers temps, bien plus fréquente qu'on ne l'a dit, qui a reçu le nom d'hydronéphrose intermittente.

Ces auteurs ont montré, en analysant les mémoires publiés à l'étranger et en scrutant avec soin leurs observations personnelles, que cette variété clinique était souvent le premier stade d'une hydronéphrose fermée. Jusqu'à la publication de leur travail, aucune étude n'avait paru en France sur ce sujet, qui y a été depuis repris par l'école de Necker.

L'hydronéphrose intermittente, dans la grande majorité des cas, constitue une complication des déplacements rénaux : elle s'observe alors chez la femme plutôt que chez l'homme, et siège surtout à droite dans le sexe féminin, surtout à gauche dans le sexe masculin. Dans quelques cas, elle peut reconnaître une autre cause. Mais elle se produit dans le rein mobile par un mécanisme tout spécial : arrêt momentané des urines par suite d'une coudure de l'uretère, développement progressif d'une poche hydronéphrotique se vidant de temps en temps, irritation péripyélique par infection du bassinet ordinairement, développement d'adhérences fibreuses accentuant peu à peu la soudure et finissant par amener la transformation de l'hydronéphrose intermittente en hydronéphrose fermée.

Ces alternatives de remplissage et d'évacuation du bassinet, dues à une oblitération passagère de l'extrémité supérieure de l'uretère se traduisent cliniquement par des accès douloureux presque caractéristiques, survenant ordinairement tous les mois, parfois plus souvent. Ces accès présentent trois phases (début, acmé, phase terminale), évoluant avec une régularité frappante d'ordinaire, constitués par des douleurs intolérables, coïncidant avec l'apparition d'une tumeur liquide plus ou moins appréciable, rarement fluctuante, dans le flanc. Ce sont là les conséquences d'une coudure brusque de l'uretère par suite du déplacement d'un rein mobile. Quand cet organe reprend sa place, subitement la crise cesse ; la tumeur disparaît avec les douleurs ; une certaine quantité d'urine tombe dans la vessie. D'après Terrier et Baudouin, ils insistent beaucoup sur ce point, qui leur est personnel — les crises d'étranglement aigu des reins mobiles ne sont que des accès d'hydronéphroses intermittentes tout à fait à leur début.

Bientôt l'hydronéphrose s'infecte et se transforme en pyonéphrose, ordinairement intermittente aussi. Tant qu'il n'y a que des crises douloureuses, on peut se borner à des soins médicaux. Si la cause de la maladie est bien un rein mobile, il faut faire la néphropexie. Dès que la tumeur hydronéphrotique s'est montrée, il est plus simple et plus utile (pour le malade) de pratiquer la néphrectomie. On ne créera une fistule au bassinet que dans les cas où l'opération radicale sera contre-indiquée pour une raison spéciale. M. B.

Ueber die Entstehung der sogenannten Klappenhydronephrosen (Pathogénie des hydronéphroses à soupape, ou intermittentes), par MARCHAND (*Berlin. klin. Wochens., n° 3, p.* 59, 18 *janvier* 1892).

Marchand a fait quelques recherches anatomiques sur des cadavres de jeunes enfants et de fœtus, pour élucider la nature de l'anomalie con-

génitale de l'insertion de l'uretère dans le bassinet, qu'on invoque pour expliquer les hydronéphroses intermittentes, dites à soupape.

Il a constaté qu'il s'agissait d'une étroitesse anormale de l'uretère au niveau de son origine. Le bassinet ne pouvant se vider, se distend de plus en plus, et le trajet de l'uretère devient de plus en plus oblique jusqu'à ce que le conduit semble être placé, sur une partie de son cours, dans la paroi même du bassinet ; alors se trouve réalisé le mécanisme de la soupape.

Il est bien entendu que cette anomalie congénitale n'explique pas tous les cas d'hydronéphrose spontanée. Celle-ci reconnaît d'autres causes telles que des incurvations de l'uretère en cas de rein mobile (Landau), des replis de la muqueuse tuméfiée (Kuester), etc. J. B.

Remarks on the relation... (Des relations gui unissent le rein mobile et l'hydronéphrose), par Clément LUCAS (*Brit. med. j., p.* 1343, 26 *décembre* 1891).

Mémoire basé sur 4 observations personnelles. En voici les conclusions :

Le rein mobile conduit fréquemment à l'hydronéphrose par la torsion de son pédicule et la pression de l'organe sur l'uretère. Pour éviter un pareil danger, anssi bien que pour éviter des douleurs aux malades, la néphrorraphie est indiquée : c'est une opération simple et inoffensive. Même dans les cas où l'hydronéphrose a commencé, il est utile de recourir à cette opération, pour empêcher le rein de s'altérer secondairement d'une façon progressive. H. R.

De l'ablation par dissection des grands kystes séreux du rein, par TUFFIER (*Arch. génér. de méd., juillet* 1891).

Travail pour démontrer que la méthode de choix dans le traitement des kystes du rein doit être l'extirpation par dissection de la tumeur et la réunion par première intention du parenchyme rénal. Cette méthode s'adresse aux nombreux cas, où une grande partie du rein est malade.

RICHARDIÈRE.

Ueber eine seltene Form von Nierenkrebs (Forme rare de cancer du rein), par KUNDRAT (*Soc. des méd. de Vienne*, 4 *décembre* 1891).

Certains carcinomes du rein peuvent provenir du bassinet et des calices et envahir secondairement le parenchyme rénal. Ce sont des cancers *épidermiques*, car l'épithélium des voies urinaires supérieures a, dans une certaine mesure, le caractère pavimenteux.

Kundrat appuie son assertion sur plusieurs préparations histologiques.

D'ailleurs, dans certaines cystopyélites, on observe une xérose de la muqueuse constituée par les proliférations épithéliales et la kératinisation des couches superficielles, ce qui donne à la muqueuse l'aspect de l'épiderme. L. GALLIARD.

Les tumeurs de la vessie, par J. ALBARRAN (*Un vol. in-8°, Paris*, 1892).

Le livre d'Albarran est l'ouvrage le plus important et le plus complet qui ait été écrit sur les tumeurs de la vessie.

Quoique de date relativement récente, du moins en tant qu'intervention opératoire, cette question est depuis longtemps à l'étude, et l'auteur, dans un historique très détaillé, a su suivre chaque phase de son évolution, montrant comment chacune d'elles a été marquée par un progrès dans la clinique ou la thérapeutique de ces néoplasmes.

Tout d'abord, Albarran décrit anatomiquement et histologiquement la muqueuse de la vessie normale, et cette description constitue un des chapitres les plus originaux de l'ouvrage. L'existence des glandes et des lymphatiques, niée par certains anatomistes, y est formellement affirmée, avec le dessin de nombreuses préparations à l'appui. D'ailleurs, l'infection ganglionnaire dans le cancer vésical, que l'on considérait comme rare jusqu'à présent, est au contraire démontrée par diverses pièces nécropsiques de l'auteur. Celui-ci a vu également dans ses préparations et décrit minutieusement dans ce fort intéressant chapitre d'anatomie la terminaison immédiatement sous-épithéliale des nerfs de la muqueuse.

La classification histogénique des tumeurs vésicales, adoptée par Albarran, est tout à fait nouvelle, car elle est fondée sur la doctrine de la spécificité cellulaire, considérant 1° l'origine blastodermique des éléments néoplasiques et l'état de développement plus ou moins parfait auquel parviennent ces éléments dans chaque néoplasme; 2° le rapport qui existe entre la structure du néoplasme et celle de la vessie, embryonnaire ou adulte. Dans chacun des trois groupes (épithélial, musculaire et conjonctif), l'auteur distingue des tumeurs de type différent, suivant que le tissu néoplasique reproduit, dans sa structure, l'état atavique, embryonnaire ou adulte du tissu normal considéré : il réserve dans cette classification, qu'on pourrait d'ailleurs appliquer à toutes les tumeurs en général, une place spéciale aux néoplasies atypiques, dont l'existence manifeste est du reste conforme aux lois de la spécificité cellulaire.

C'est en suivant cette classification histogénique que se trouvent successivement décrits les caractères anatomo-pathologiques de toutes les néoplasies vésicales (tumeurs épithéliales kystiques et non kystiques, tumeurs conjonctives, myômes (excentriques et cavitaires) tumeurs hétérotypiques (kystes hydatiques, etc...), ainsi que les maladies de ces tumeurs telles que lésions de nutrition (dégénérescences) et lésions microbiennes (inflammation, ulcération, calcification). Ce chapitre anatomo-pathologique très original, se termine par la revue des lésions secondaires, soit mécaniques, soit infectieuses qui peuvent atteindre l'appareil urinaire dans le cas de tumeur vésicale.

Les données étiologiques que fournit Albarran sont basées sur un grand nombre de statistiques (près de 400 cas) ; quant aux théories pathogéniques, après avoir discuté celles de Cohnheim et de Bard, l'auteur s'étend longuement et avec préférence sur la théorie irritative ou plutôt microbienne, en exposant ses recherches personnelles sur le rôle des psorospernies dans le développement des tumeurs vésicales.

L'étude clinique des signes et symptômes de ces tumeurs et notamment celle de l'hématurie presque pathognomonique, est la reproduction fidèle de l'enseignement magistral du professeur Guyon. La cystoscopie y est particulièrement étudiée, exposée et discutée avec les développements les plus étendus et les plus pratiques. C'est en se basant sur cet examen clinique, méthodiquement pratiqué, que le chirurgien arrive à établir le

diagnostic différentiel des tumeurs et à préciser le siège, le volume, les rapports et la nature du néoplasme dont l'évolution est appréciée au chapitre du pronostic.

« Toute tumeur vésicale est maligne ou peut le devenir; partant, elle doit être opérée. Mais, suivant chaque cas, on se bornera à un simple traitement palliatif, opératoire ou non, ou bien on entreprendra une opération radicale. » C'est ainsi que l'auteur résume lui-même la thérapeutique des néoplasmes vésicaux. Et il décrit dans tous leurs détails les différentes opérations de cure radicale, y compris le drainage et la suture de la vessie et les divers procédés de résection partielle ou totale de cet organe. Les indications opératoires, avec le mode d'intervention le plus propice à chaque cas, sont nettement précisées.

Une imposante collection de 220 observations de tumeurs vésicales (dont 88 ont été examinées histologiquement par l'auteur) termine ce remarquable ouvrage. R. JAMIN.

Du diagnostic des néoplasmes vésicaux, par GUIARD (*Arch. de méd., septembre, octobre et novembre* 1891).

Il existe trois types cliniques différents de tumeurs vésicales. Dans un premier type, qui est de beaucoup le plus fréquent, l'hématurie est le premier et pendant longtemps l'unique symptôme fonctionnel.

Dans une deuxième catégorie, se rangent les cas où la maladie s'installe sous la forme d'une cystite, qui survient sans cause.

Dans un troisième type, le début simule l'hypertrophie prostatique avec rétention. Quel qu'ait été le mode de début, on voit presque toujours survenir, au bout d'un certain temps, les hématuries dont la modalité clinique est si particulière, qu'elles sont presque caractéristiques.

Les hématuries sont précoces. Elles surviennent sans cause, indépendamment de tout exercice et de tout effort. Elles sont isolées de tout autre symptôme. Elles durent généralement un temps fort long, et résistent à tout traitement général ou local. Elles se répètent plus ou moins souvent.

Aux hématuries s'ajoute parfois le rejet de parcelles du néoplasme, qui sont entraînées par les urines.

En utilisant les caractères cliniques de l'hématurie, l'exploration rénale, la recherche du varicocèle symptomatique des tumeurs rénales, l'exploration intra-vésicale que permet le toucher combiné, on peut arriver à la notion de l'existence d'un néoplasme de la vessie.

L'exploration digitale de la vessie avec le toucher combiné, permet d'acquérir des notions sur la consistance de la tumeur, sur ses connexions, sur son mode d'implantation.

Il n'est presque jamais indiqué de recourir à l'exploration digitale par la boutonnière péritonéale ou à la cystoscopie, dans le but de compléter le diagnostic, sans cependant que la valeur de ces deux procédés puisse être contestée.

Quand la maladie débute par des phénomènes soit de cystite, soit de rétention, quand l'hématurie fait défaut, ce qui est tout à fait exceptionnel, les difficultés de diagnostic sont bien plus grandes. Même alors, l'examen méthodique fait suivant la méthode de Guyon, permet presque toujours de faire le diagnostic. RICHARDIÈRE.

Traitement opératoire de l'incontinence d'urine d'origine urétrale chez la femme, par POUSSON (*Arch. clin. Bordeaux, janvier* 1892).

Chez une femme, dont l'incontinence d'urine ne paraissait tenir qu'à l'extrême dilatation du canal, Pousson a guéri cette infirmité par l'opération suivante, combinaison du procédé de Duret (incurvation de l'axe de l'urètre, relèvement du méat, allongement de la paroi postérieure) et du procédé de Gersuny (torsion de l'urètre) :

Une grosse bougie étant introduite dans l'urètre on circonscrit le méat par une incision circulaire, se tenant à un demi-centimètre de ses bords et on dissèque le canal dans une étendue d'un centimètre et demi. Cela fait, les tissus du vestibule jusqu'à la base du clitoris sont incisés verticalement, et, la bougie étant alors retirée du canal, on fait subir à ce dernier un mouvement de rotation sur son axe de près de 120°, et on l'attire fortement en avant et en haut.

Là on le fixe par une série de points de suture au catgut, en le réunissant aux tissus du vestibule. Ces points de suture n'occupent que les deux tiers supérieurs de la circonférence de l'urètre et au niveau d'une partie inférieure on réunit entre elles les lèvres de la plaie béante, qui résulte de l'élévation de l'urètre à la racine du clitoris. Quelques points complémentaires au crin de cheval sont placés superficiellement sur la muqueuse.

L'opération doit être complétée par une colpopérinéorraphie. OZENNE.

Greffe de l'uretère à la peau du flanc, par TREKAKI (*Bull. Soc. anat., Paris*, 4 *mars* 1892).

Étude expérimentale qui tend à démontrer la possibilité d'établir chez le chien, une greffe cutanée de l'uretère à la région latérale de l'abdomen.

Quant à l'infection du rein, si elle est certaine, ou à peu près, lorsque la plaie cutanée suppure ou que l'opération a été faite dans de mauvaises conditions, il est possible de l'éviter en l'absence de suppuration. La greffe cutanée de l'uretère chez l'homme, comme cela a été déjà tenté, est infiniment plus pratiquable que chez les animaux où l'infection du rein est plus à craindre. MAUBRAC.

I. — De la création d'un urètre contre nature (cystostomie sus-pubienne) dans les rétentions d'urine d'origine prostatique, par A. PONCET (*Lyon méd.*, 19 *février* 1889).

II. — Des dangers de la ponction hypogastrique dans la rétention d'urine ; de la cystostomie sus-pubienne, par LE MÊME (*Mercredi méd., novembre* 1891).

III. — Un nouvel appareil de l'excrétion urinaire, par DIDAY (*Lyon méd.*, 13 *mars* 1892).

IV. — Fonction de l'urètre contre nature après la cystostomie sus-pubienne, par A. PONCET (*Bulletin médical*, 7 *avril* 1892).

I. — Poncet propose de faire chez les prostatiques, ayant de la rétention d'urine, difficiles ou impossibles à sonder, en proie à des accidents urinaires graves, une cystostomie sus-pubienne et de laisser l'ouverture permanente, d'établir une sorte d'urètre contre nature en suturant les bords de la vessie aux lèvres de la paroi abdominale.

Il a pratiqué cinq fois cette opération avec plein succès, alors que les malades étaient dans l'état le plus grave.

Cette cystostomie assure l'écoulement constant, facile des urines,

permet les lavages et supprime toute irritation de la vessie. Inutile d'insister sur les conditions d'antisepsie dans l'opération et sur la nécessité de faire un affrontement exact pour éviter l'infiltration d'urine.

II. — Poncet, dans cette seconde note, relate une statistique de 35 cas de cystostomie sus-pubienne, faites par lui ou ses élèves. Dans aucun cas il n'y a eu de péritonite ou d'infiltration d'urine.

III. — L'auteur, opéré par Poncet, étudie les résultats de l'opération qu'il a subie. Dès le quarantième jour de l'opération, il avait récupéré le pouvoir de retenir l'urine pendant deux à trois heures et demie, suivant les conditions, et de plus d'être averti du besoin d'uriner une demi-minute avant l'écoulement. Tous les accidents généraux dus à la rétention urinaire ont rapidement disparu.

IV. — Poncet divise, au point de vue des suites, les malades en deux classes : ceux chez lesquels l'urine ne repassera plus par l'urètre et ceux qui pourront ultérieurement uriner comme par le passé. Chez les premiers, la tolérance de la vessie s'augmente et plusieurs ont, comme ci-dessus, le pouvoir de garder les urines un certain temps. L'urètre nouveau s'allonge avec le temps pour former un canal de 2 à 3 centimètres, bordé par une tunique contractile (les muscles droits) qui facilite l'occlusion. Pour combattre la tendance à la rétraction cicatricielle, il est indiqué d'évacuer l'urine de temps en temps avec une sonde ou de cathétériser simplement le trajet. A. CARTAZ.

Un cas curieux de corps étranger de l'urètre, par A. HEYDENREICH (*Rev. méd. de l'Est*, *n°* 1, *p.* 6, 1892).

Homme de 40 ans qui présente dans le canal de l'urètre, à 6 centimètres du méat un corps dur, offrant une longueur de 2 à 3 centimètres sur une largeur de 1 centimètre. Une boutonnière au canal permet d'extraire indépendamment de quelques débris juxtaposés au corps principal un corps dur, grisâtre mesurant un centimètre de longueur et pesant 20 centigrammes, c'était un fragment osseux. L'épine du pubis gauche faisait défaut, aussi Heydenreich a-t-il pensé que cette épine avait été séparée de l'os iliaque par une lésion tuberculeuse à l'époque où le malade souffrait d'une coxalgie suppurée ; le pus au lieu de se faire jour à l'extérieur se sera déversé dans la vessie, entraînant avec lui le fragment d'os nécrosé. PIERRE PARISOT.

Fall von ausgedehnter Epidermisbildung auf der Schleimhaut der Harnwege, par MARCHAND (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 3, *p.* 59, 18 *janvier* 1892).

Fait de production épidermique sur toute la longueur des voies urinaires de l'urètre au bassinet. Il s'agit d'un garçon de 13 ans, qui, à la suite d'une lithotomie pratiquée à l'âge de 7 ans, avait conservé une fistule périnéale dont les bords parfaitement cicatrisés se continuaient, sans ligne de démarcation, avec la muqueuse revêtue d'*épiderme* de la portion membraneuse très dilatée de l'urètre. Le bassinet gauche contenait un calcul ramifié ; les pyramides des deux reins avaient subi la destruction ulcéreuse.

Mais ce qu'il y avait encore de plus intéressant, c'était la présence, à la face inférieure du diaphragme, près du bord postérieur du foie, d'un cholestéatome épidermique vrai, sous-séreux et gros comme la moitié d'une noix. Cette tumeur était une métastase de l'épiderme de nouvelle formation des voies urinaires ; quant à ce dernier, Marchand le considère comme une métaplasie de l'épithélium normal. J. B.

I. — Zur Pathologie der Dysuria senilis, par Leopold CASPER (*Berlin. Wochens.*, n° 5, *p.* 96, 1er *février* 1892).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibidem*, *n°* 1, *p.* 16, 4 *janvier*).

Casper a fait des recherches anatomo-patologiques pour vérifier la valeur de l'assertion de Launois (*R. S. M.*, XXVII 228) qui fait de l'hypertrophie prostatique un simple épiphénomène de l'astériosclérose urinaire.

A cet effet, il a pratiqué l'examen histologique de 24 appareils urinaires provenant de personnes âgées de plus de 50 ans et offrant toutes un volume plus ou moins exagéré de la 'prostate, d'autre part ceux de 4 individus n'offrant que des altérations vasculaires.

Dans les 24 cas de la première série, l'aorte était constamment affectée de sclérose, mais cette artériosclérose ne se retrouvait que 8 fois dans les reins, 8 fois dans l'artère vésicale, 9 fois sur les artérioles de la vessie et 4 fois sur les vaisseaux prostatiques et périprostatiques.

Dans les 4 cas de la deuxième série, il existait de l'endartérite ou de la périartérite dans l'appareil urinaire, sans hypertrophie de la prostate.

D'ailleurs ni en pathologie générale, ni en clinique, on ne peut citer de fait où la dégénération des vaisseaux entraîne une hypertrophie durable des organes correspondants.

Casper conclut que l'hypertrophie de la prostate et l'artériosclérose de l'appareil urinaire sont 2 processus souvent coexistants, mais indépendants l'un de l'autre et sans aucun rapport nécessaire entre eux.

J. B.

Di un caso di calcolosi dello scroto, par V. CAPRARA (*La Riforma medica*, 4 *septembre* 1891, *p.* 613).

Enfant de 9 ans, pris tout à coup deux ans auparavant de gêne de la miction, l'urine s'écoulant goutte à goutte, puis d'infiltration urinaire; une ponction du scrotum, faite à ce moment, devint l'origine d'une fistule par laquelle l'urine s'écoula pendant un an et qui s'oblitéra ensuite; une ponction du scrotum faite après l'oblitération de la fistule donna issue à un liquide fétide, mélangé d'urine et de sang et on établit une fistule au niveau de la ponction, quoique l'enfant ait recommencé à uriner par l'orifice urétral. Il se développa peu à peu, pendant ce temps, une tuméfaction dure et résistante, occupant tout le scrotum, mais surtout la portion gauche et étendue de son fond à l'urètre en forme de cône à base inférieure; une autre tuméfaction plus petite était située à la partie externe de la précédente; le tube de gomme qui était introduit dans l'orifice se recouvrait d'incrustations calcaires, on pouvait facilement, avec une sonde, pénétrer dans la vessie qui était normale. L'incision du scrotum permit de mettre à nu trois concrétions calcaires de 6 centimètres de long sur 2 de large, irrégulières à leur surface, de coloration brunâtre ; il n'y avait pas de trace de testicule et les parois de la vaginale étaient épaissies et contenaient, outre les concrétions, un liquide urinaire assez fétide; la fistule s'ouvrait sur la partie latérale droite de l'urètre. Les concrétions calcaires pesaient 13 grammes après dessiccation, et étaient formées de carbonate et de phosphate de chaux, de carbonate et de phosphate d'ammoniaque. On ne peut déterminer la cause de l'obstacle au cours des urines qui avait été l'origine de ces lésions.

GEORGES THIBIERGE.

Epididymite typhique suppurée. Rôle pyogène du bacille d'Eberth, par GIRODE (*Arch. de méd., janvier* 1892).

Observation d'un malade atteint de fièvre typhoïde à déterminations thoraciques prédominantes et ayant présenté une épididymite droite suppurée, histologiquement interstitielle et extra-canaliculaire.

L'épididymite débuta en pleine évolution de la fièvre typhoïde, probablement au commencement du 3e septennaire.

Le bacille d'Eberth existait seul dans le foyer suppuratif. RICHARDIÈRE.

Gout of the penis, par Dyce DUCKWORTH (*Brit. med. j., p.* 119, 16 *janvier* 1892).

Dyce Duckworth publie un remarquable cas de goutte localisé au pénis. Il s'agit d'un homme de 42 ans, fils de goutteux, ayant eu des habitudes sédentaires, grand buveur de bière et atteint antérieurement d'intoxication saturnine. Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, la goutte avait éclaté au poignet et au gros orteil. Le lendemain, il s'éveilla avec du priapisme et des douleurs urétrales. Le pénis était tendu, extraordinairement turgide et douloureux. Le contact de la chemise était intolérable, et la miction tellement pénible, qu'il fallut sonder le malade avec une petite sonde de gomme. On ne sentait pas de nodosités le long des corps caverneux. Le traitement de la goutte fut institué, et les crises s'atténuèrent, mais le priapisme persista pendant 21 jours sans intermission et ne céda que graduellement, quand disparurent les autres manifestations goutteuses. H. R.

De la cure radicale des hernies musculaires, par NIMIER (*Le Mercredi méd.*, 20 *janvier* 1892).

A deux cas déjà publiés, de suture des lèvres de l'aponévrose comme moyen de traiter la hernie musculaire, Nimier ajoute le fait suivant concernant un jeune soldat qui, depuis 6 mois, portait une hernie musculaire progressive et douloureuse à la partie supérieure de la cuisse gauche. Une incision, pratiquée à la partie la plus saillante de la tumeur, mit à nu le moyen adducteur faisant hernie à travers les bords usés du trou de l'aponévrose ; après excision d'une portion du muscle, des points de suture au catgut furent placés sur les doubles bords de la gaine du muscle et de l'aponévrose fémorale, et les téguments furent réunis avec des fils d'argent. Réunion par première intention ; cinq semaines après on notait sous la cicatrice l'existence d'une petite tumeur, de la grosseur d'une noix, qui depuis plus d'une année est restée stationnaire et n'entrave d'aucune manière les fonctions du membre. OZENNE.

Un nouveau mode de traitement des adénites, par A.-F. SUCHARD (*Rev. méd. Suisse romande, XI*, 699, *novembre* 1891).

Suchard a essayé dans quatre cas d'adénites cervicales scrofuleuses l'électrothérapie suivant un procédé nouveau qu'il recommande. Au lieu d'appliquer chacun des pôles d'un côté du ganglion, il entoure la base de celui-ci d'une anse ou d'un anneau en gros fil de cuivre, complètement enveloppé d'étoffe. Cet anneau ou cette anse doit être fabriqué suivant les dimensions de la glande et être la terminaison du pôle positif. Le pôle négatif s'applique au contraire au centre du ganglion sous forme d'un gros fil de cuivre qu'on promène à la surface de la glande rendue saillante par la pression qu'exerce l'anneau formant le pôle positif. Au bout de peu de séances, il se dessine un point rouge, proéminent, où la suppuration semble devoir se faire. Suchard remplace alors le fil de cuivre

par une aiguille d'acier excessivement fine qu'il applique sur ce point en doublant l'intensité du courant, qui n'était premièrement que de 15 à 20 milliampères. A l'endroit où l'aiguille est en contact avec la peau on aperçoit rapidement une rougeur intense, puis une teinte brunâtre, de l'écume blanche et l'aiguille pénètre dans le ganglion.

Si la douleur est trop vive, on remet la suite de l'opération au lendemain, où l'on trouve déjà une petite escarre noire qu'on traverse sans douleur ou qu'on détache. En continuant ainsi au bout de quelques jours, on a un petit trajet qui reste béant et qui permet au contenu de la glande d'être éliminé et cela assez rapidement, si l'on a soin d'exciter les tissus d'alentour par des douches chaudes ou par les courants statiques ou galvaniques.

Dans ce traitement Suchard vise un double but, d'amener la suppuration des ganglions (qui est en réalité leur seul mode de guérison vraie et sans qu'elle entraîne des cicatrices trop laides). Exerçant aux bains de Lavey, Suchard a pu en effet s'assurer que les réunions sont fréquentes et rapides après l'extirpation des ganglions. J. B.

Transplantation de peau de grenouille sur des plaies humaines, par REVERDIN (*Arch. de méd. exp., IV*, 1).

Pour combler de vastes plaies suppurantes consécutives à l'application intempestive de vésicatoires, l'auteur a greffé concomitamment des fragments de peau humaine et des portions de peau de grenouille prises à la région du ventre ; les lambeaux étaient placés sur des surfaces distinctes. La réparation se fit bien dans tous les points sans laisser autre chose que quelques taches pigmentaires. La cicatrice était souple et mobile. Il faut opérer sur une surface dont les bourgeons charnus ne sont pas mous ou ont été excités par un pansement approprié. La prise d'une greffe tient à ce qu'elle est pénétrée par les vaisseaux sous-jacents. L'îlot vit alors pour son compte et s'étend de préférence dans la direction d'une greffe voisine ou du rebord cutané. GIRODE.

Papillome corné de la région occipitale, par OZENNE (*Journ. méd. Paris*, 6 *mars* 1892).

Femme de 55 ans, sans antécédents arthritiques, atteinte, depuis 3 ans, d'une tumeur de la région occipitale, développée de la façon suivante : Peu de temps après une plaie contuse de cette région, apparition en ce point d'une petite tumeur grisâtre et dure, sauf à son sommet, dont une incision fait sortir une matière grisâtre. Malgré des cautérisations répétées au nitrate d'argent, la tumeur s'accroît lentement et devient gênante.

Actuellement elle offre les caractères suivants : De forme conique, un peu aplatie transversalement, cette tumeur présente une longueur de 2 centimètres, le volume du petit doigt et une coloration gris brunâtre; elle est striée dans le sens longitudinal et a la consistance d'une corne; insensible par elle-même elle est entourée, à sa base, par un bourrelet de téguments un peu indurés et douloureux. Ablation, réunion par première intention; au microscope papillome corné, forme verrue. O.

Ueber einen Fall von Gesichtskrebs (Cancer de la face traité avec succès), par ADAMKIEWICZ (*Wien. med. Presse, n°* 50, *p.* 1893, 1891).

L'auteur a obtenu la guérison presque complète d'un cancroïde du

visage au moyen d'injections sous-cutanées d'une substance qu'il appelle *cancroïne* et sur laquelle il ne peut encore fournir de renseignements précis.

Le sujet est un homme de 34 ans dont le cancroïde, datant d'un grand nombre d'années, siégeait à l'angle interne de l'œil droit, s'étendant aux paupières inférieure et supérieure du même côté, au côté du nez et à une partie de la joue. Il n'y avait pas trace de tissu cicatriciel quand la cure a commencé. On avait déjà essayé sans succès un certain nombre de médicaments.

L'auteur fit des injections de cancroïne au cou et à la nuque et se contenta de laver au sublimé les surfaces ulcérées.

Le 4e jour, il vit se manifester une inflammation vive des bords de la plaie, qui semblèrent gonflés. Le 5e jour, sécrétion abondante verdâtre. Puis la rougeur diminua, et la couleur des parties malades trancha moins nettement sur celle de la peau saine. Le 10e jour, apparition d'une cicatrice au bord de l'ulcération, d'abord du côté du nez, puis à la joue. Dès lors la cicatrisation marcha à grands pas.

Deux mois et demi après le début de la cure, on ne voyait plus qu'une petite surface sécrétant du pus. L. GALLIARD.

Etude clinique et expérimentale sur le massage, par CASTEX (*Arch. de méd., janvier et février* 1892).

Dans les contusions simples, le massage amène la disparition rapide de divers troubles, principalement de la douleur. Dans les contusions articulaires, il dissipe les contractures musculaires réflexes et prévient les amyotrophies rebelles. On doit y recourir dans les luxations, dès que la réduction est assurée car il réduit au plus vite le gonflement, les ecchymoses et la douleur. Appliqué aux fractures juxta-articulaires, il amène rapidement la disparition des douleurs et du gonflement.

Au point de vue histologique, le muscle traumatisé et massé reprend sa structure normale, alors que le muscle traumatisé non massé présente une sclérose diffuse. Les filets nerveux normaux dans le muscle massé présentent de la périnévrite et de la névrite interstitielle dans le muscle non massé. RICHARDIÈRE.

Ueber das plexiforme Fibrom der Mamma, par A. NORDMANN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXVII*, 2).

Nordmann décrit un nouveau type de fibrome de la mamelle, qu'il appelle le fibrome plexiforme. Il consiste essentiellement en un réseau de cordons fibreux, qui entourent les conduits galactophores et qui sont réunis les uns aux autres par un tissu conjonctif plus lâche.

Dans les 14 observations qu'il rapporte, Nordmann distingue trois variétés de fibrome plexiforme : dans un premier groupe, la disposition plexiforme est marquée pour les deux glandes mammaires ; dans un second groupe, les portions plexiformes sont séparées par des parties plus molles, formées de tissu conjonctif jeune et représentant un stade plus jeune de la charpente plexiforme ; dans un troisième groupe, les cordons plexiformes restent limités à la périphérie de la glande, tandis que le centre de celle-ci ne montre que des nodules homogènes et denses.

Sur 500 autopsies de femmes, Nordmann a rencontré 14 cas de fibrome

plexiforme. Cette tumeur se développe principalement chez les femmes âgées.

Les canaux galactophores constituent le squelette autour duquel prolifère le tissu conjonctif : celui-ci commence à se multiplier dans la gaine externe ou adventice des conduits galactophores et aboutit à la formation de nombreuses cellules arrondies, qui se transforment peu à peu en cordons fibreux.

La couche de cellules fusiformes de la membrane propre existe toujours, mais elle ne paraît point prendre part à la néoformation.

Les portions épithéliales de la mamelle ne jouent aucun rôle actif dans la genèse de la tumeur. Elles représentent l'axe autour duquel se développent les traînées fibreuses. ÉD. RETTERER.

I. — Pathological conditions in the mamma associated with carcinome (Lésions du parenchyme mammaire associés au carcinome), par Raymond JOHNSON (*Brit. med. j.*, *p.* 70, 9 *janvier* 1892).

II. — On some histological changes in the breast found in association with glandular carcinoma, par Cecil BEADLES (*Ibidem*, *p.* 71).

I. — Des recherches de Johnson, il résulte que la mamelle en cas de cancer, peut se présenter sous les aspects suivants :

a) Intégrité absolue du parenchyme glandulaire. *b*) Atrophie de la glande avec immixtion, dans son tissu, de graisse et de fibres lamineuses. *c*) Prolifération épithéliale des conduits galactophores. *d*) Infection secondaire de la glande par voie lymphatique. *e*) Dégénérescence kystique des acini. *f*) Présence de tumeurs simples, non carcinomateuses.

II. — Beadles a examiné au même point de vue, cent mamelles atteintes de carcinome. Il n'en a pas trouvé une seule qui fût indemne de lésions. Très souvent on trouve dans le tissu mammaire de petits nodules cancéreux sans connexion avec la tumeur principale. Le stroma conjonctif est constamment hypertrophié, il existe de la mastite interstitielle, associée à de l'atrophie des éléments glanduleux et à des dégénérescences kystiques.

Très fréquemment on trouve dans les acinis glandulaires des cellules épithéliales augmentés de volume, et impossible à distinguer des cellules de carcinome : c'est la transition entre l'adénome simple et la tumeur maligne. De même, l'épithélium des conduits galactophores prolifère souvent et forme de petits papillomes.

L'auteur pense que toutes ces modifications sont indépendantes de la tumeur primitive et se produisent sous l'influence d'une même cause générale qui crée le carcinome : il considère l'infection directe du tissu par voie lymphatique comme rare.

La conclusion pratique qui s'impose est d'enlever tout le tissu mammaire en même temps que la portion atteinte de carcinome. H. R.

Sur la transparence des tumeurs solides, par PONCET (*Bull. acad. méd.*, 19 *janvier* 1892).

Poncet a noté cette transparence dans plusieurs cas de lipomes de la main, de l'avant-bras et du pli de l'aine; il l'a également constatée chez

des malades porteurs de chondromes du squelette ou des parties molles, ou atteints de synovites, de kystes dermoïdes et d'hydro-hématocèles.

Il résulte donc de ces faits que la translucidité d'une tumeur ne permet pas d'affirmer sa nature liquide et que souvent elle est subordonnée au volume de la tuméfaction, et à l'épaisseur des couches que doit traverser la lumière. OZENNE.

Die operative Behandlung der Hemorrhoidalknoten, par TRZEBICKY (*Wien. med. Woch.*, *n°* 30 *et suiv.*, *p.* 1165, 1891).

L'auteur fournit un relevé de 126 opérations pratiquées soit par Mikulicz soit par lui-même, pour la cure des tumeurs hémorroïdales, d'après le procédé de Langenbeck.

Voici la façon d'agir de Mikulicz : la veille de l'opération, purgation; avant l'opération, bain de siège et 25 gouttes de teinture d'opium. On invite le patient à faire saillir autant que possible son bourrelet hémorroïdal (pas de lavement préalable), puis on donne du chloroforme. Désinfection du champ opératoire, et du segment inférieur du rectum avec la solution phéniquée à 5 0/0. On saisit chaque tumeur isolément à la base avec la pince de Langenbeck et on la brûle dans sa totalité au thermo-cautère : il ne suffit pas de l'extirper; pour une tumeur volumineuse, cette destruction peut durer 10 à 15 minutes. Il faut éviter de détruire un bourrelet annulaire complet; on doit ménager entre les cicatrices de longs segments de muqueuse normale, aussi se contentera-t-on, dans un bourrelet, de cautériser les tumeurs les plus saillantes. Il faut aussi que les futures cicatrices soient dirigées dans le sens des plis radiés de la marge de l'anus.

Poudre d'iodoforme. Pansement antiseptique. Pendant 8 jours, diète; deux fois par jour, 25 gouttes d'opium. Le 8e jour, purgation. Jusqu'à la cicatrisation complète qui n'est obtenue que vers la quatrième semaine, pommade au nitrate d'argent.

La seule complication habituelle est la rétention d'urine, qui nécessite le cathétérisme pendant deux ou trois jours.

Sur les 126 opérés, l'auteur ne signale qu'un décès : mort brusque, sans cause connue, 24 heures après l'opération. Dans un cas, la pyohémie d'ailleurs guérie, a pu être attribuée à une désinfection insuffisante du champ opératoire. Tous les autres résultats sont favorables. On ne signale pas de rétrécissement secondaire du rectum.

Un des opérés a dû se faire traiter de nouveau, au bout d'une année, pour une fistule tuberculeuse à l'anus. L'âge des sujets a rarement été inférieur à 20 ans; la plupart avaient de 30 à 50 ans. Plusieurs vieillards ont été opérés avec succès. L. GALLIARD.

Notes cliniques sur le mal perforant, par TUFFIER et CHIPAULT (*Archiv. de méd., septembre, octobre et décembre* 1891).

Ce travail, basé sur plus de 50 observations personnelles, est un plaidoyer en faveur de la théorie névritique du mal perforant. Il signale d'abord quelques points étiologiques nouveaux du mal perforant.

Le mal perforant a parfois pour cause l'action, sur un membre sain, de traumatismes, d'agents chimiques ou infectieux. Le plus souvent,

ces causes ne servent qu'à localiser la lésion sur un membre préalablement énervé ou dysnervé.

Les lésions nerveuses peuvent siéger aux extrémités nerveuses, sur le tronc, aux racines médullaires, en somme, sur toute la partie centrifuge de l'arc trophique.

Le diagnostic des variétés étiologiques de mal perforant peut se faire parfois d'après l'analyse locale de ses caractères (siège, aspect, troubles trophiques concomitants et troubles de la sensibilité). Le plus souvent, on devra recourir également à l'étude des symptômes généraux présentés par le malade. RICHARDIÈRE.

OPHTALMOLOGIE.

Traité pratique des anomalies de la vision, par F. LAGRANGE (*Paris*, 1892).

L'auteur part des vérités physiques primordiales, et utilise les constructions géométriques qui les représentent en les tenant pour vraies, sans autre démonstration, pour faire sortir de ces notions succinctes ce qu'il importe au praticien de savoir pour comprendre la physiologie et la pathologie du système dioptrique de l'œil.

C'est d'après cette méthode, qu'en vingt chapitres, Lagrange passe en revue successivement la physiologie de l'œil au point de vue de la réfraction et de l'accommodation, de l'acuité visuelle, puis la détermination de la réfraction statique et de l'amplitude d'accommodation ; il montre ce qu'est l'astigmatisme, étudie les optomètres et la détermination de la réfraction statique et dynamique par ces instruments. L'ophtalmoscope et ses diverses applications au diagnostic des anomalies de la réfraction, ainsi que la kératoscopie, forment le sujet de trois chapitres différents. Puis vient l'étude clinique de l'hypermétropie, de la myopie et de l'astigmatisme, et pour terminer, Lagrange donne l'examen du sens chromatique et celui du champ visuel. ROHMER.

Ueber Ermüdung und Erhohlung des Sehorgans (De la fatigue et de la restauration de l'organe visuel), par E. HERING (*Arch. f. Opht.*, *XXXVII*, 3).

D'après Fick et Gürber, les images régulières se produisent surtout lorsque l'œil reste immobile, les mouvements oculaires et les clignotements étant surtout efficaces pour empêcher leur production. Hering, dans son travail, démontre que les mouvements incriminés par Fick et Gürber n'empêchent pas toujours le développement d'images accidentelles; il montre qu'après l'exécution d'un mouvement oculaire, l'éclairage de la rétine n'est pas le même qu'avant; c'est à ce changement d'éclairage, produit d'une manière durable, que les auteurs cités doivent d'avoir vu disparaître les images accidentelles.

Pour ce qui est du clignotement, si on développe les images négatives

dans une chambre qu'on peut obscurcir au moment où apparaît l'image, on peut clignoter autant qu'on veut sans en modifier en rien les phases successives. ROHMER.

Ueber absolute und relative Sehschärfe bei verschiedenen Formen von Amblyopie (L'acuité visuelle absolue et relative dans différentes formes d'amblyopie), par BECKER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., décembre* 1891).

L'acuité visuelle d'un œil ne dépend pas seulement de la grandeur de l'angle visuel, de l'éclairage absolu et des différences d'éclairage, mais aussi de certains facteurs intra-oculaires, tels que la faculté de perception de la rétine, l'intensité et la grandeur des images rétiniennes.

L'acuité visuelle absolue est, d'après Donders, celle que l'on obtient en faisant les mesures à une distance de 5 à 6 mètres, l'accommodation étant en état de repos et les vices de réfraction étant corrigés. L'acuité visuelle relative est celle obtenue quand l'accommodation ou des verres interviennent, ou quand des anomalies de réfraction ne sont pas corrigées. Ces conditions changent la distance du point nodal postérieur à la rétine, et par conséquent la grandeur de l'image rétinienne pour un angle visuel donné.

L'auteur insiste sur le fait que la relation entre l'acuité visuelle absolue et relative est purement individuelle et ne peut pas être exprimée en fonction mathématique de l'accommodation, des verres employés ou du dégré d'amétropie et des distances.

Quand l'amblyopie était due à une affection de l'appareil percepteur de l'œil, le malade lisait en moyenne quatre numéros de plus qu'on n'aurait dû attendre. Pour les troubles des milieux réfringents, cette différence était de huit numéros; et pour les vices de réfraction, de neuf numéros. L'auteur attribue ces différences aux écarts d'éclairage propres aux deux méthodes de mensurations et au rétrécissement accommodatif de la pupille. Il conclut que des écarts considérables entre l'acuité absolue et relative ne justifient pas la supposition de la simulation. ROHMER.

Modifications secondaires de l'appareil moteur des yeux dans le strabisme, par PARINAUD (*Ann. d'oculist., mars* 1892).

L'auteur a déjà démontré précédemment que dans le strabisme convergent comme dans le divergent, la déviation relève d'un trouble de l'innervation de convergence ; que cette innervation est modifiée directement par les causes cérébrales du strabisme ; que les causes oculaires, qui sont les plus importantes, agissent sur la convergence par deux intermédiaires, l'accommodation et le fusionnement, en vertu des relations physiologiques qui unissent ces trois actes de la vision binoculaire.

Il recherche actuellement ce qui advient, une fois la déviation établie. Deux ordres de modifications se produisent : les unes dans l'appareil moteur, les autres dans l'appareil sensoriel. Parinaud ne s'occupe actuellement que des modifications de l'appareil moteur qui portent sur l'innervation des muscles, sur ces muscles eux-mêmes, et d'une manière générale, sur les parties qui environnent le globe de l'œil, sur le tissu fibreux spécialement. ROHMER.

De la menstruation en pathologie oculaire, par PARGOIRE (*Thèse de Paris*, 1892).

L'auteur pose les conclusions suivantes :

1° La menstruation a droit à une place dans l'étiologie de certaines affections oculaires. 2° Ces troubles oculaires peuvent survenir à chacune des étapes de la vie sexuelle de la femme, à la puberté, au cours de la menstruation établie, à la ménopause, ou dans les états pathologiques de la menstruation, dans l'aménorrhée ou la dysménorrhée, ou dans les accidents de la menstruation, dans la suppression brusque des règles ou dans les ménorrhagies. 3° Ils peuvent affecter toutes les parties de l'appareil visuel, revêtir des formes cliniques extrêmement variées et justifier un pronostic parfois très grave. 4° Le traitement sera local ou général; il doit surtout s'appliquer, sous peine d'échec, à améliorer l'état de la menstruation. ROHMER.

Des rapports de la contraction irrégulière du muscle ciliaire avec l'astigmatisme, par BULL (*Ann. d'ocul., p.* 109, 1892).

L'auteur résume ainsi son travail : une série d'erreurs a fait croire à Drobowolsky que l'action des paupières n'exerçait aucune influence dans ses expériences; il croit prouver par celles-ci que l'œil peut neutraliser, au moyen de l'accommodation, l'effet des verres cylindriques, tandis que cette centralisation provient du clignement et quoiqu'il ait vu à peu près aussi bien, quand les cercles de diffusion étaient verticaux avec l'œil atropinisé. Ses conclusions ne sont donc pas logiques.

Ses cas d'astigmatisme examinés avec la fente sténopéique ne démontrent nullement que l'accommodation produisait d'autre effet que celui d'augmenter la courbure du cristallin également dans tous les méridiens.

Les cas de Landesberg ne prouvent pas non plus que l'accommodation peut augmenter ou diminuer l'astigmatisme.

Il est impossible à Bull d'adhérer à la thèse de Martin et à sa méthode d'investigation.

Les faits et arguments cités à l'appui de leur opinion par les auteurs en question, ne sont nullement propres à établir que l'action du muscle ciliaire peut faire varier l'astigmatisme. ROHMER.

La correction optique du kératocone, de l'astigmatisme irrégulier et de l'astigmatisme cicatriciel, par SULZER (*Ann. d'oculist., CVII, mai* 1892).

L'auteur propose d'appliquer directement sur la cornée une surface régulière, une calotte sphérique corrigeant les irrégularités de la cornée : en remplissant l'espace laissé entre la cornée et un ménisque concavo-convexe appliqué directement sur la cornée par un liquide ayant l'indice de réfraction de la cornée et de l'humeur aqueuse, il substitue à la cornée une surface réfringente artificielle. Le liquide est une solution de sucre de raisin au 50me, dont l'indice de réfraction est égal à celui de la cornée et de l'humeur aqueuse ; le ménisque est ainsi toléré par l'œil humain. L'acuité visuelle, dans un cas, a été ainsi relevé de 5/50 à 5/5 ; dans un autre de 5/40 à 5/6 ; tous deux étaient astigmatés, l'un de 6,5 D,

l'autre de 2,5 D. Un individu atteint de kératocone des deux yeux, ne compte les doigt qu'à 3 mètres, tandis qu'avec les verres de contact son acuité visuelle est de 5/6. ROHMER.

Sur un symptôme subjectif de l'astigmatisme, par L. FREDERICQ (*Travaux du laboratoire de physiologie de Liège, p.* 165, 1890).

On fixe, en évitant tout effort d'accommodation, un point éloigné lumineux avec un œil. On aperçoit une image de diffusion. On peut savoir si les rayons qui la forment se coupent en avant ou en arrière de la rétine. Il suffit de déplacer un écran devant l'œil : si l'image est entamée dans la même direction ou la direction opposée, les rayons se coupent en arrière ou en avant de la rétine, il y a hypermétropie ou myopie. On peut ainsi constater l'existence de l'astigmatisme et sa nature suivant les différents diamètres. DASTRE.

De l'action des muscles obliques, par L. FÉVRIER (*Annales d'ocul., p.* 92, *février* 1892).

Par leurs insertions et leur direction, les muscles obliques, outre les mouvements de rotation qu'ils impriment au globe de l'œil, ont encore pour effet de le comprimer et de l'attirer en avant (protraction), contrairement aux muscles droits qui l'attirent plutôt en arrière ; leur action isolée se manifeste principalement pendant l'accomplissement d'un acte très fréquent, la vision binoculaire ou la convergence, accompagnée de l'abaissement du regard.

C'est cette protraction et cette compression pendant l'adduction de la masse totale du globe qui vont favoriser l'allongement de l'œil et partant, la production de la myopie sur un organe déjà prédisposé. De plus, l'insertion du grand oblique fait que le tiraillement s'exercera principalement vers la partie externe de la papille, et augmentera le staphylôme postérieur et la scléro-choroïdite postérieure.

L'allongement de l'axe antéro-postérieur du globe explique aussi les variations de l'angle gamma chez les hypermétropes, les emmétropes et les myopes, enfin, la production du décollement de la rétine.

La fatigue imposée au muscle petit oblique dans la vision en haut chez les mineurs, produirait le nystagmus, et en particulier le mouvement rotatoire du globe autour d'un axe perpendiculaire au plan d'action du petit oblique. ROHMER.

Ueber die Berechnung von hinterer Lederhautschnitten (La mensuration des incisions de la partie postérieure de la sclérotique), par HIRSCHBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., novembre* 1891).

L'auteur conseille de se servir de l'exploration ophtalmoscopique et de celle du champ visuel pour déterminer l'emplacement sur lequel on devra agir, par exemple, s'il y a un corps étranger au fond de l'œil. Que les deux méthodes donnent le même résultat, ou à peu près, on a des chances pour que la détermination soit exacte. En vient-on alors à l'intervention, il peut arriver au plus habile de tomber à côté du point déterminé, ou bien tout au moins de ne pas trouver le corps étranger. L'auteur

ne conseille ce genre d'opération que pour les yeux, qui, sans cela, pourraient être considérés comme absolument perdus. ROHMER.

Eine Dermoïd-Geschwulst der Carunkel, par WOLF (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *décembre* 1891).

La tumeur fut observée chez une jeune fille de 13 ans, sous forme de nodosité arrondie, ayant environ 1 centimètre de diamètre; une seconde tumeur siégeait à une certaine distance de la première. On en fit l'ablation à l'aide de ciseaux. Le microscope montra que la partie épithéliale de cette tumeur était composée de plusieurs couches de cellules cylindriques qui, par places, étaient atteintes de dégénérescence muqueuse. Le tissu cellulaire, très compact, était infiltré de cellules rondes. Dans toute l'épaisseur de la tumeur, se trouvaient de nombreuses glandes, ainsi que dans la partie épithéliale des cryptes de Henle, et dans le tissu cellulaire des glandes sébacées, mucipares et sudoripares. ROHMER.

Auschwellung der Thränendrüsen und der Parotis (Fluxion des glandes lacrymales et de la parotide), par FUCHS et ZIEM (*Soc. des méd. de Vienne*, 18 *déc.* 1891).

Il s'agit, dans le cas de Fuchs, d'un gonflement bilatéral des glandes lacrymales et des parotides qui persiste depuis 2 ans. L'extirpation d'un fragment d'une glande lacrymale a permis de pratiquer l'examen histologique : on a constaté les éléments du lymphome. Deux fois on a tenté le traitement par la liqueur de Fowler, mais il a déterminé des frissons et l'apparition d'un exanthème.

Le cas de Ziem se rapporte à une femme de 30 ans qui présente une tuméfaction et une induration très marquée (cartilage), des parotides et des glandes lacrymales. Le sujet accuse de la sécheresse des yeux et de la bouche. On trouve chez elle une tuméfaction appréciable de tous les ganglions lymphatiques, mais rien dans le sang, pas de gonflement de la rate. L'excision de fragments parotidiens et lacrymaux a été suivie d'érysipèle avec fièvre; en même temps on a vu les glandes reprendre leur volume normal, mais ensuite la tuméfaction s'est reproduite d'une façon lente et continue. Au microscope on trouve, dans les fragments excisés, le tissu glandulaire mélangé de tissu de granulation sous forme de nodules et les traces d'un processus dégénératif. L. GALLIARD.

Le curetage du sac lacrymal sans incision cutanée, par TERSON (*Ann. d'oculist.*, *CVII*, *avril* 1892).

Pour éviter la cicatrice cutanée, Terson incise largement le conduit lacrymal supérieur à l'aide du couteau de Weber, puis rétablit le passage jusqu'au fond du canal nasal à l'aide d'un stylet de Bowmann n° 4. Cela fait, une petite curette tranchante et fenêtrée introduite par le conduit fendu, est poussée jusqu'au manche dans le canal lacrymo-nasal. L'instrument est d'abord promené dans tout le trajet du canal nasal, auquel il restitue son calibre normal, le manche étant retourné dans la main comme pour la stricturotomie de Stilling ; puis on remonte dans le sac lacrymal dont on pratique le curetage dans tous les sens, méthodiquement, toujours en retournant sur lui-même le manche de l'instrument.

ROHMER.

Einige Bermerkungen über Haut-und Schleimhauts-Propfung bei der Operation der Trichiasis (Quelques observations sur la greffe cutanée et muqueuse dans l'opération du trichiasis), par FRANKE (*Centralblatt f. prakt. Augenheilk. février* 1892).

La formation inévitable d'un duvet qui irrite le globe est l'inconvénient principal de toutes les méthodes de transplantation ciliaire, soit qu'on emploie des lambeaux pédiculés, soit qu'il s'agisse d'un lambeau simple. Cet inconvénient peut être évité par l'emploi de la greffe cutanée de Thiersch ou de la greffe muqueuse. Pour exécuter cette dernière, l'auteur prend un lambeau longitudinal de 4 à 5 millimètres de largeur dans la lèvre inférieure. Ce lambeau se rétrécit au moins de moité ; comme liquide de lavage, on emploie une solution de chlorure de sodium stérilisée ou du sublimé à 1/10000. Le premier pansement doit rester cinq jours en place afin de permettre à des capillaires de se reformer dans le lambeau. ROHMER.

Treatment of trachoma by expression, par POOLEY (*N. York med. Journ.*, *p.* 169, 13 *février* 1892).

La conjonctivite granuleuse doit être traitée par le procédé de l'expression à condition qu'elle ne soit pas parvenue au troisième degré (trachome diffus), car alors il faudrait avoir recours au grattage.

L'auteur se sert, non pas de pinces spéciales, mais simplement des doigts, pour écraser les granulations qu'il saisit entre l'index et l'ongle du pouce ou entre les index des deux mains, après renversement des paupières. Quand il s'agit d'atteindre l'angle interne ou externe, où les granulations sont difficiles à atteindre, on peut employer une pince.

Pendant l'opération on lave fréquemment les paupières avec la solution boriquée ou sublimée ; à la fin on passe le crayon de sulfate de cuivre.

Durant 24 heures on applique des compresses d'eau fraîche pour combattre la réaction inflammatoire, qui est généralement intense. Au bout de quelques jours, il n'y a plus de sécrétions conjonctivales et de gonflement.

Dans presque tous les cas (6 malades sur 7), l'auteur a obtenu la la guérison en trois à cinq semaines. L. GALLIARD.

Ueber die Abflusswege des Humor aqueus (Des voies d'excrétion de l'humeur aqueuse), par STADERINI (*Archiv f. Opht.*, *XXXVII*, 3).

1° L'humeur aqueuse provient de la chambre postérieure et pénètre dans la chambre antérieure par la pupille. La manière dont les matières injectées se résorbent démontre que l'humeur aqueuse ne traverse pas d'arrière en avant la périphérie de l'iris.

2° Dans le canal de Fontana, l'humeur aqueuse passe par filtration dans les vaisseaux veineux péricornéens. Il n'y a pas de communication béante entre la chambre antérieure et les vaisseaux.

3° Il n'y a pas de canal lymphatique prenant son origine dans le canal de Fontana ; mais des fentes interstitielles partent de ce canal et se prolongent dans la sclérotique, principalement le long des vésicules. Des fentes analogues, ouvertes vers le canal de Fontana, conduisent dans le

corps ciliaire et dans la périphérie de l'iris; mais elles n'ont aucun rapport avec les vaisseaux.

4° L'iris contribue à résorber les substances étrangères situées dans la chambre antérieure.

5° Des instillations d'ésérine favorisent la résorption dans la chambre antérieure; les instillations d'atropine la retardent. ROHMER.

Contagious diseases of the eye; some statistics with remarks, par DAVIS (*New York med. Record, p.* 29, 11 *juillet* 1891).

L'auteur présente les statistiques de neuf établissements des États-Unis. On ne peut donner ici que la statistique générale.

L'ensemble porte sur 511,807 yeux malades, sur lesquels 140,755 présentèrent des affections contagieuses, soit 27.5 0/0.

Ce dernier chiffre se décompose en :

Conjonctivite catarrhale, 108,778. — Conjonctivite granuleuse, 21,757. — Conjonctivite granuleuse avec pannus, 4,178. — Conjonctivite purulente, 2,678. — Conjonctivite des nouveau-nés, 2,374. — Conjonctivite blennorragique, 638. — Conjonctivite croupale, 86. — Conjonctivite diphthérique, 266.

L'auteur étudie ensuite chaque variété en particulier. P. DUFLOCQ.

Anatomie des inflammations chroniques de la conjonctive, par MUTTERMILCH (*Ann. d'oculist.*, *CVII, mai* 1892).

Le processus essentiel consiste surtout dans la formation des follicules; les cellules lymphatiques affluent au point d'irritation; celles du centre meurent faute d'oxygène, celle de la périphérie tirent le leur des tissus ambiants. Le follicule ainsi formé peut s'ouvrir à l'extérieur, mais le plus souvent il est résorbé ou se transforme en tissu fibreux. Le trachome n'a rien à voir, d'après l'auteur, avec les follicules qui se développent dans les formes aiguës. ROHMER.

Die Anwendung der grauen Salbe als locales Heilungsmittel bei parenchymatöser Keratitis und bei Hornhauttrübungen (L'emploi de l'onguent gris comme topique contre la kératite parenchymateuse et les taies cornéennes), par MITVALSKY (*Centralbl. f. prakt. Augenheil., février* 1892).

L'onguent gris est trop irritant pour être appliqué sur la cornée, on ne peut l'employer que dans les cas de kératites parenchymateuses non enflammées et non accompagnées de symptômes ciliaires marqués; dans ce cas, il fait merveille. Dans les autres cas, l'auteur propose la pommade suivante : Onguent napolitain, 1 gramme; vaseline jaune, 2 grammes; lanoline, 1 gramme. Son application est surtout efficace pendant la période de la promière infiltration, pourvu qu'il y ait absence de phénomènes irritatifs. Cette pommade se recommande aussi pour l'éclaircissement des taies de la cornée de n'importe quelle origine. ROHMER.

Ueber die sogenannte Thränensack-Blennorrhœ bei Neugeborenen (La blennorrhée dite du sac lacrymal chez les nouveau-nés), par PETERS (*Klin. Monastbl. f. Augenheilk., novembre* 1891).

Il existe chez les nouveau-nés une série de cas de blennorrhée du sac

lacrymal, qui ne sont nullement provoqués par des lésions de la muqueuse, et qui, par conséquent, ne méritent pas le nom de blennorrhée. Il s'agit plutôt d'un défaut de résorption du tissu à l'embouchure du canal nasal, qui empêche l'écoulement des liquides à travers ce canal; c'est donc une véritable atrésie du canal nasal. Il suffit, en pareil cas, de faire l'expression du sac lacrymal et un nettoyage minutieux des yeux, pour voir tôt ou tard survenir la guérison, même dans les cas d'ectasie du sac. Il est inutile de faire des lavages du nez, ou d'appliquer des astringents sur la conjonctive, étant donné que ces organes sont intacts. Tout au plus fera-t-on utilement des lavages du sac lacrymal pour faciliter la sortie du contenu. ROHMER.

Valeur réfractive du cristallin chez les myopes, par G. MARTIN (*Revue gén. d'opht.*, *janvier* 1892).

Chez une malade de 24 ans, myope de 17 dioptries de l'œil droit, G. Martin fait la discision du cristallin, qui se résorbe en six semaines; il y avait en même temps un astigmatisme de 1,50 D selon la règle V = 1/5. Au bout de 3 mois, l'acuité visuelle est devenue égale à 2/5, tandis que la myopie n'est plus que de 11 D axile; 6 dioptries doivent donc être attribuées au cristallin. Jusqu'ici on a considéré le cristallin comme ayant une valeur statique constante; c'est là une erreur. Chez les myopes, la valeur réfractive de cet organe peut offrir des chiffres variables. L'auteur demande à connaître d'autres observations, afin de savoir dans quelles proportions les myopies fortes que l'on croit être dues à un allongement antéro-postérieur, reconnaissent comme élément constitutif, uniquement ou pour une forte part, un bombement exagéré du cristallin passé à l'état statique. ROHMER.

De la réfraction de l'œil fort myope à l'état d'aphakie, par OSTWALT (*Rev. gén. d'ophth.*, *janvier* 1892).

L'auteur choisit le point cardinal qui se rapproche le plus de l'endroit où, en réalité, le verre se trouve devant l'œil, ou qui coïncide même avec cet endroit, c'est-à-dire le foyer antérieur.

Il a encore conseillé le choix du même endroit pour l'œil aphaque, parce que les verres généralement forts des aphaques sont le plus influencés par un petit déplacement. De plus, dans le cas où l'œil aphaque est en même temps astigmate, les différences entre le degré de l'astigmatisme, rapporté à un autre point que celui où le malade porte son verre, et la force réfringente de ce verre même, sont d'autant plus grandes que l'amétropie qui accompagne l'astigmatisme est plus forte.

Ces considérations ont amené l'auteur à proposer, pour toutes les éventualités, le foyer antérieur de l'œil muni de son système dioptrique complet comme point de départ des mesures des distances du remotum, de l'accommodation et de la réfraction. ROHMER.

Sur un changement, jusqu'à présent inconnu, que subit le cristallin pendant l'accommodation, par TSCHERNING (*Archives de physiologie*, *p.* 158, 1892).

L'auteur observe avec son instrument l'opthalmo-phakomètre. Il constate que, vers la fin de l'accommodation le cristallin subit un déplacement en bas. Ce déplacement a pour effet de centrer l'œil, mais l'axe est toujours dirigé plus bas (2 degrés) que la ligne visuelle. DASTRE.

Des corps étrangers du cristallin. Indications de l'intervention opératoire, par TERSON (*Arch. d'opht.*, *mars* 1892).

L'auteur rappelle les préceptes déjà connus au sujet de la présence des corps étrangers dans le cristallin ; il cite plusieurs observations de guérison après intervention immédiate ou retardée, soit d'une façon voulue, soit le plus souvent indépendante de la volonté de l'opérateur. D'une façon générale, l'opportunité de l'intervention existe dès que l'opacification de la lentille est suffisante pour faire craindre de perdre de vue la position exacte occupée par le corps étranger. Il faut alors faire une large incision de la cornée avec iridectomie, dans le but de pouvoir enlever d'un seul coup le cristallin tout entier avec le corps étranger qui y est contenu. Attendre trop longtemps, c'est risquer de voir le corps étranger se détacher du cristallin ramolli et disparaître pendant la manœuvre opératoire et devenir le point de départ ultérieur d'accidents graves. Quelquefois il sera possible d'extraire le cristallin, sans que plus tard, le corps étranger provoque d'accidents. ROHMER.

Cataratta traumatica sosta repentinamente per commozione del cristallino, par A. BARSANTI (*La Riforma medica*, 9 *et* 10 *février* 1892, *p.* 376 *et* 387).

La cataracte traumatique peut quelquefois se produire très rapidement, dans un espace de temps variant de 15 minutes à 5 ou 6 heures ; elle peut être due à une simple commotion du cristallin, sans rupture de la capsule et est produite par l'imbibition d'humeur aqueuse altérée chimiquement. Dans ces cas, le cristallin commence par se troubler, et ultérieurement se produisent lentement les altérations dégénératrices qui constituent la cataracte. GEORGES THIBIERGE

Kurze Mittheilung über das Resultat experimenteller Untersuchungen der nach Staarextraction aufgetretenen parenchymatœsen Hornhauttrübung, par MELLINGER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Ærzte n°* 15, *p.* 466, 1er *août* 1891).

Depuis qu'on se sert de la cocaïne, on a signalé, de tous côtés, à la suite de l'extraction de la cataracte, un trouble parenchymateux de la cornée, que les uns ont imputé à la cocaïne, les autres à la solution de sublimé. Or, depuis longtemps on pratiquait à la clinique ophtalmologique de Bâle, les lavages avec le sublimé au cinq millième, et ce n'est que depuis l'emploi simultané de la cocaïne qu'on a vu survenir cet accident après l'opération de la cataracte. D'autre part, il est singulier que le trouble de la cornée ne s'observe qu'après l'extraction de la cataracte, alors qu'on fait un usage bien plus étendu de la cocaïne dans d'autres opérations oculaires. Pour étudier la question, Mellinger a fait quelques expériences dont il tire les conclusions suivantes :

1. La solution de sublimé au cinq millième provoque par son séjour passager dans la chambre antérieure un trouble parenchymateux de la cornée de nature fugitive; mais s'il reste un peu de sublimé dans la chambre antérieure, il se produit un trouble parenchymateux beaucoup plus intense et plus durable ou même persistant.

2. A elle seule la cocaïne ne provoque pas de trouble cornéen. En revanche elle favorise l'apparition du trouble dû au sublimé, d'une double façon : 1° en rendant l'endothélium perméable au liquide qui

se trouve dans la chambre antérieure; 2° en abaissant la pression intra-oculaire, ce qui facilite l'affaiblissement de la cornée en même temps que la pénétration et le séjour de la solution de sublimé dans la chambre intérieure.

3. Les solutions de sublimé faibles, même au quinze millième, les acides dilués, l'eau distillée, etc., provoquent aussi un trouble parenchymateux passager de la cornée.

4. En revanche, les solutions de sel de cuisine à 1/2 0/0 et de bore à 3 0/0 n'ont pas cet inconvénient. Dans les trois dernières extractions de cataractes pratiquées à la clinique de Bâle, on s'est servi de bore pour les irrigations et les lavages de la chambre antérieure et l'on n'a pas trouvé de trouble parenchymateux de la cornée. J. B.

Spontane intracapsuläre Resorption eines Alterstaars (Résorption spontanée intra-capsulaire d'une cataracte sénile), par NATANSON (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *décembre* 1891).

Il s'agit d'un paysan âgé de 65 ans, dont l'œil droit était devenu aveugle depuis quatorze ans, sans aucune inflammation. Les parties centrales de l'ouverture pupillaire sont occupées par une cristalloïde rétractée, présentent des infiltrations calcaires, des épaississements; vers le bas, on voit le noyau cristallinien; sur les côtés, on aperçoit le reflet rouge du fond de l'œil, que l'on voit d'une façon assez diffuse. Sans verre, le patient compte les doigts à 0,50 centimètres; avec + 12 D, il les compte à 2^m,50 et 3 mètres; l'autre œil est normal, avec un léger début de cataracte.

ROHMER.

I. — Selbstheilung einer Netzhautablösung (Guérison spontanée d'un décollement de la rétine), par PURTSCHER (*Centrabl. f. prakt. Augenheilk.*, *novembre* 1891).

II. — Zur operativen Behandlung der Netzhautablösung (Du traitement opératoire du décollement rétinien), par HIRSCHBERG (*Ibidem*, *octobre* 1891).

I. — Il s'agit d'un décollement rétinien partiel guéri spontanément en 3 mois. Ce décollement s'était développé au cours d'une épisclérite interne de nature assez indéterminée, avec iritis légère et légère choroïdite. L'auteur insiste sur le rôle que lui ont paru jouer les lésions choroïdiennes, surtout au point de vue du courant lymphatique oculaire qui, par sa stagnation et ses autres modifications, peut avoir provoqué le soulèvement de la rétine. Il n'y avait, en effet, ni déchirure rétinienne ni traction sur le corps vitré.

II. — Chez une fille de 27 ans, myope, l'auteur pratiqua une ponction au niveau d'un décollement rétinien avec le couteau de de Græfe; celui-ci, qui avait déjà été traité sans succès par des moyens médicaux, guérit totalement, et l'acuité visuelle ainsi que le champ visuel redevinrent normaux. A l'ophtalmoscope on voyait seulement la trace de la pénétration du couteau, sous forme d'une petite tache blanche. L'auteur pense qu'il faut surtout choisir les cas passibles d'une opération parmi les décollements peu étendus et ne s'accompagnant pas de troubles du corps vitré. La plupart du temps on arrive à une amélioration et non à une guérison. C'est le choix des cas qui est la chose la plus difficile pour l'opérateur. ROHMER.

Ueber Embolia partialis Retinæ, par Max PERLES (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *août* 1891).

L'auteur publie quatre observations d'embolie partielle de l'artère centrale de la rétine. Ce qui ressort de ce travail, c'est que le point important pour le pronostic est de savoir si l'embolie intéresse les branches artérielles de la macula, ou bien si celles-ci ont été heureusement épargnées; le massage peut encore déplacer l'embolie de leur voisinage.

ROHMER.

Zur Casuistik des Glioma Retinæ, par Max PERLES (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *août* 1891).

Le cas observé par l'auteur est d'autant plus rare, qu'il a été observé tout à fait à son début. Il s'agit d'une fillette de 13 ans chez laquelle, treize mois auparavant, on avait enlevé l'œil gauche pour une tumeur maligne. Du côté opposé, aucun trouble fonctionnel : vision bonne, pas de tension exagérée. A l'ophtalmoscope, sur la rétine, éloignée du nerf optique de quatre fois la largeur de la papille, tout en bas, est une proéminence de 2 à 3 millimètres de haut, d'un blanc laiteux, avec légères bosselures et néoformations vasculaires ; le long des vaisseaux partant de la tumeur, qui était nettement pédiculée, sont des parcelles oblongues, isolées, blanchâtres, et réfléchissant la lumière, qui paraissent être de même nature. ROHMER.

Zur Casuistik der Pseudogliome der Retina (Contribution à l'étude du pseudogliome de la rétine), par RUMSCHEWITSCH (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *février* 1892).

L'auteur rapporte le cas d'une fillette de 12 ans qui se présente avec tous les signes d'une gliome de la rétine. On énuclue l'œil : à l'autopsie, on trouve un décollement total de la rétine, puis une masse allongée partant du nerf optique et allant vers l'ora serrata, où elle prenait des adhérences avec les parois du globe. Entre la rétine décollée et la choroïde, se trouvait un exsudat qui se durcit par l'action du liquide de Müller, et dans laquelle on trouva de rares cellules lymphoïdes, et vers la choroïde, quelques cellules épithéliales pigmentées. Il ne s'agissait là, en somme, que d'un processus inflammatoire de la choroïde, malgré la présence de tous les signes cliniques du gliome. ROHMER.

Ueber einen Fall von Sternfigur der Netzhautmitte (Un cas de figure étoilée du centre de la rétine), par DAHRENSTÆDT (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *février* 1892).

Il s'agit d'un œil présentant une thrombose de la branche temporale supérieure de l'artère centrale. L'urine de la malade, âgée de 33 ans, ne contenait pas d'albumine. L'acuité visuelle était de 15/100 et le champ visuel présentait une lacune dans le secteur inféro-interne. A l'ophtalmoscope, on remarquait que les contours de la papille était flous. Au-dessus de la papille se trouvait une infiltration blanchâtre qui voilait une partie des vaisseaux. Au centre de la rétine existait une figure en forme d'étoile formée par des stries radiaires convergeant vers la fosse centrale. Il s'agit d'un exsudat dans le parenchyme de la rétine ; il n'y avait ni artérite, ni néphrite, ni syphilis. ROHMER.

Carcinome primitif des procès et du corps ciliaires, par BADAL et LAGRANGE (*Arch. d'opht., mars* 1892).

La tumeur dont il est ici question est intéressante à la fois par son siège, par son origine et par son développement. Par son siège, parce qu'il n'a pas encore été constaté de lésions semblables dans le corps ciliaire; par son origine, parce que l'épithélium cylindrique des procès ciliaires a pris dans sa genèse une part prépondérante; par son développement, parce qu'il a été possible de suivre pas à pas l'évolution du néoplasme, et de montrer, ainsi que la chose est faite depuis longtemps pour les carcinomes glandulaires, ceux du sein, par exemple, que les éléments essentiels de la néoplasie dérivaient de l'épithélium normal, primitif, de la région. Cette observation démontre encore que l'épithélium de la région ciliaire se comporte en pathologie comme un épithélium glandulaire. La théorie de la glande de l'humeur aqueuse trouve dans ce fait une confirmation qu'il serait superflu de faire ressortir davantage. ROHMER.

Image ophtalmoscopique des vaisseaux rétiniens dans l'hyperkynésie du cœur ou palpitations nerveuses, par VENNEMAN (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, V, p.* 7?2, 1891).

Dans l'anémie, la chlorose, le goitre exophtalmique, etc., lorsque la tension sanguine est faible et que néanmoins le cœur bat énergiquement (palpitations), il se produit des variations brusques de pression dans les artères. Celles-ci se traduisent au niveau de la rétine par des flexuosités des artères et même par le pouls artériel visible à l'ophtalmoscope, comme dans l'insuffisance aortique. La découverte de ces flexuosités en l'absence de lésions cardiaques ou aortiques suffit pour révéler au médecin l'existence de palpitations nerveuses. LEFLAIVE.

Ueber die hemiopische Pupillenreaction Wernicke's, par E. LEYDEN (*Deutsche med. Woch.*, n° 1, 1892).

Wernicke a étudié théoriquement, en 1883, les réactions de la pupille dans l'hémianopsie homonyme. Ces réactions doivent varier, d'après lui, suivant le siège des lésions. Si la lésion est en arrière des tubercules quadrijumeaux, l'arc réflexe allant de la rétine à l'iris demeure intact et la réaction pupillaire n'est pas altérée. La lésion est-elle, au contraire, en avant des tubercules quadrijumeaux, la pupille restera immobile quand les rayons lumineux frapperont la moitié anesthésiée de la rétine.

Wernicke recommandait l'usage de miroirs propres à réfléchir la lumière tantôt sur l'une, tantôt sur l'autre moitié de la rétine.

Martius, en 1888, a observé un cas d'hémianopsie avec réaction hémianoptique de la pupille chez un homme de 24 ans. La contraction de la pupille ne se produisait que quand les rayons lumineux frappaient le côté gauche de la rétine. Dans ce cas, pas d'autopsie.

L'observation de Leyden est plus complète; elle fournit la preuve clinique et anatomique de la doctrine de Wernicke.

Femme de 69 ans ayant eu, pendant l'automne de 1890, une attaque suivie d'hémiplégie droite dont elle s'était à peu près remise.

Le 23 avril 1891, on trouve la malade étendue dans sa cuisine, incapable de mouvoir les membres du côté gauche.

Le 27, apportée à l'hôpital, elle offre une hémiplégie gauche complète avec

ptosis à gauche. Les yeux sont déviés à droite, et ce n'est que dans l'action de fixer un objet qu'ils peuvent se porter à gauche. Hémianopsie homonyme gauche. La réaction pupillaire de Wernicke existe nettement : si l'on dirige les rayons lumineux, condensés par la lentille, sur la moitié droite de la rétine, la pupille reste immobile ; sont-ils dirigés sur la moitié gauche, qui est saine, la pupille réagit. Pas de troubles du goût, de l'ouïe, de l'odorat. Pas d'hémianesthésie. Conservation des réflexes cutanés et tendineux.

La malade ayant succombé le 12 mai, on trouve dans le noyau lenticulaire droit un foyer de ramollissement fusiforme, lequel, se prolongeant dans le pédoncule cérébral, intéresse également une partie de la bandelette optique du même côté.

Endartérite chronique déformante.

Il y avait donc, dans ce cas, interruption de l'arc réflexe allant de la rétine à l'iris d'après la conception très exacte de Wernicke.

C'est le premier fait qui se présente avec une pareille simplicité. D'ailleurs l'immobilité hémianoptique de la pupille est rarement observée en clinique.

La bandelette optique est rarement intéressée par les lésions.

L. GALLIARD.

Contribution au diagnostic ophtalmoscopique des altérations des parois vasculaires dans la rétine, par E. MEYER (*Rev. gén. d'opht., mars* 1892).

L'auteur rapporte plusieurs cas d'altérations vasculaires consistant en un exsudat blanchâtre qui entoure le cordon vasculaire ; l'un d'eux était accompagné d'une hémorragie rétinienne ; tous, sauf un, étaient produits par la syphilis, héréditaire ou acquise ; dans un seul, il s'agissait d'une albuminurie. Dans tous ces cas, le traitement général de la cause produisit un excellent effet, ramena l'acuité visuelle diminuée à l'état normal ou à peu près, et redonna aux cordons vasculaires leur aspect habituel. C'est la rareté des observations publiées qui a poussé l'auteur à faire connaître celles-ci, d'autant plus intéressantes, que des figures intercalées dans le texte permettent de suivre facilement l'évolution de la maladie dans chaque cas.

ROHMER.

Notiz zu dem Prismensversuche behufs Nachweises der Simulation einseitiger Amaurose (De l'usage du prisme pour la recherche de la simulation de l'amaurose unilatérale), par A. GRÆFE (*Klin. Monastbl. f. Augenheilk., février* 1892).

On fait fixer à 2 mètres la flamme d'une bougie, puis on fait monter graduellement de la joue vers l'œil un prisme de 18 degrés environ le sommet en haut. L'image double, dans ce cas, apparaît sûrement de bas en haut, sitôt que le sommet du prisme a atteint le bord pupillaire. (Chez un simulateur, il est bon de faire cette expérience après avoir bandé l'œil réputé mauvais, et de lui persuader que l'on peut arriver à voir double avec un œil). Si l'individu nie la diplopie, c'est qu'il a été prévenu auparavant, et sa négation est une preuve en faveur de la simulation.

ROHMER.

Einiger über die endarteritischen Veränderungen der Augengefässe (Un point sur les altérations endartérielles des vaisseaux oculaires), par GARNIER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., janvier* 1892).

Il peut survenir des productions endothéliales, soit dans toute la lu-

mière d'un vaisseau, soit en un point seulement de son parcours. D'après Thoma, les néoformations localisées proviendraient surtout d'un ralentissement du courant sanguin; lorsque la contraction musculaire des vaisseaux est trop faible pour conserver le calibre de l'artère. Le dépôt fibrineux organisé produit une endartérite compensatrice, rétablissant le calibre normal. L'auteur a eu occasion de constater ce processus dans l'artère centrale et dans quelques artères ciliaires courtes d'un œil atteint de glaucome consécutif à une cataracte traumatique appartenant à un individu sain. Il a trouvé la même altération des artères et des veines oculaires dans le glaucome primitif. Il conclut que l'artério-sclérose joue un grand rôle dans les affections de l'œil, en particulier dans le glaucome.

ROHMER.

Zur Geschichte der Pupillenbildung (Contribution à l'histoire de la pupille artificielle), par HIRSCHBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., janvier* 1892).

L'histoire de l'extraction de la cataracte se perd dans la nuit des temps, la première observation datant à peu près de 2000 ans.

La pupille artificielle n'a été inventée qu'au siècle dernier ; mais son histoire non plus n'est pas très claire.

L'auteur cite les sources afin de décider la question de savoir à quel opérateur il faut attribuer l'invention de la formation d'une pupille artificielle. Il conclut que la priorité de l'idée revient à Woolhouse, professeur à l'Université de Paris, médecin de l'hôpital royal des Quinze-Vingts (1650 à 1730), tandis qu'il est bien établi que Cheseelden, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, à Londres, a exécuté l'iridectomie en 1728.

ROHMER.

Pathogénie et diagnostic des ophtalmoplégies, par SAUVINEAU (*Thèse de Paris*, 1892).

Monographie très importante, dont les conclusions sont, en partie, les suivantes :

Il n'y a pas lieu d'appliquer le terme ophtalmoplégie à la plupart des paralysies oculaires, comme on tend à le faire actuellement. A côté des formes classiques (paralysies de la 3e, de la 4e, de la 6e paire), à côté des paralysies associées, l'ophtalmoplégie extérieure ou extrinsèque est un type clinique spécial dû à la paralysie de tous les muscles extrinsèques oculaires, ou tout au moins à la paralysie de muscles innervés, dans le même œil, par deux nerfs différents, l'un des deux étant constamment le nerf moteur oculaire commun.

L'ophtalmoplégie intérieure ou intrinsèque est la paralysie de toute la musculature intrinsèque de l'œil.

Ces deux formes réunies sur le même œil donnent lieu à une troisième : l'ophtalmoplégie mixte ou totale.

Chacune de ces trois formes peut être, suivant les cas, uni ou bi-latérale.

On peut diviser les ophtalmoplégies, d'après le siège occupé par la lésion qui leur donne naissance; cette lésion peut intéresser dans les centres nerveux : l'écorce cérébrale (O. corticales) ; les fibres unissant l'écorce aux noyaux protubérantiels, ou plutôt les centres coordinateurs destinés à associer, deux par deux, les muscles des yeux (O. sus-nu-

cléaires); les noyaux eux-mêmes (O. nucléaires); enfin les racines nerveuses, entre les noyaux, et l'origine apparente des nerfs (O. radiculaires).

Les troncs nerveux peuvent être lésés directement à la base du crâne (O. basilaires). Dans l'orbite, les mêmes troncs nerveux et leurs rameaux terminaux peuvent être affectés (O. orbitaires).

D'autre part, il faut ajouter une classe d'ophtalmoplégies, dont les lésions peuvent siéger à la fois : sur les branches terminales des nerfs dans l'orbite, sur les troncs nerveux à la base, sur leurs racines dans les pédoncules. Ce sont les ophtalmoplégies par névrite périphérique.

ROHMER.

Troubles oculaires de la malaria, par RAYNAUD (*Thèse de Paris*, 1892).

La malaria peut avoir des manifestations ou des complications oculaires, dues à l'ischémie, l'hyperémie, à des suffusions séreuses ou hémorragiques, embolies de leucocytes mélanifères, atrophie, cachexie, etc., et qui peuvent porter sur toutes les membranes de l'œil; il peut y avoir aussi des troubles visuels (amblyopie, héméralopie, scotomes, etc.), sans lésions du fond de l'œil. Ces diverses affections oculaires guérissent assez rapidement sous l'influence de la quinine, seule ou associée à un traitement local. ROHMER.

Atrophie optique durant la grossesse; accouchement prématuré artificiel, par VALUDE (*Ann. d'oculist.*, *avril* 1892).

Une femme de 30 ans est atteinte d'amblyopie pendant une seconde grossesse; OG reconnaît à peine le jour de la nuit; OD l'acuité visuelle est de 1/10. Depuis une première grossesse survenue, il y a neuf ans, chaque époque menstruelle déterminait une amblyopie qui ne lui permettait pas pendant quelques jours de se livrer à ses travaux habituels. Cette fois, les accident sont bien plus intenses. Le professeur Tarnier pratiqua l'accouchement prématuré artificiel. L'œil gauche, au bout d'un mois, avait une atrophie optique nette, tandis que sur l'œil droit V = 1 et le champ visuel était devenu à peu près normal. C'est un exemple, peut-être unique d'atrophie optique pure survenue pendant la grossesse et indépendante d'une rétinite albuminurique. ROHMER.

La résection du nerf optique d'après le procédé de Wecker dans l'ophtalmie sympathique, par ROHMER (*Ann. d'oculist.*, *avril* 1892).

La résection du nerf optique pour empêcher ou arrêter l'ophtalmie sympathique, est insuffisante, ainsi que le prouvent plusieurs faits relatés dans le cours de ce travail. L'énucléation sera toujours de beaucoup supérieure au procédé proposé par de Wecker. ROHMER.

Eiterung im Berichte des Musculus rectus superior oculi... (Suppuration dans le voisinage du muscle droit supérieur; perforation de la conjonctive bulbaire; guérison), par E. BLOCH (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *septembre* 1891).

Depuis quelques jours la malade se plaignait de diplopie dans la vision vers en bas, ainsi que de larmoiement à l'œil droit. Rougeur de la conjonctive avec protrusion de l'œil et gêne des mouvements d'abaissement; au bout

d'une quinzaine de jours, il se forma un abcès sous-conjonctival qui se rompit brusquement et donna issue à une grande quantité de pus. En quelques jours, tout rentra dans l'ordre, aussi bien au point de vue fonctionnel qu'esthétique, sauf une coloration brunâtre de la partie supérieure de la conjonctive, qui persista un peu plus longtemps. L'auteur ne pense pas qu'il s'agisse là d'une ténonite suppurée qui s'est vidée à l'extérieur, mais d'une suppuration du tissu cellulaire périmusculaire du droit inférieur. ROHMER.

Ueber eine neue Form vorderer Irisanwachsung... (Sur une nouvelle forme de synéchies antérieures à la suite de contusion de l'œil), par PURTSCHER (*Centrabl. f. prakt. Augenheilk., novembre* 1891).

L'œil droit avait été atteint, 16 ans auparavant, par un coup de pistolet chargé à blanc dont la bourre toucha le globe; la vision, troublée d'abord, s'améliora dans la suite. L'œil gauche avait été atteint, vingt ans auparavant, par un morceau de charbon assez volumineux.

C'est l'état de l'œil droit qui est le plus remarquable. Sans autre lésion extérieure apparente, on voit une synéchie irienne circulaire de la partie moyenne de l'iris, laissant libre sa périphérie et le bord pupillaire. Au fond de l'œil, on voit des dépôts pigmentaires.

L'auteur fait plusieurs hypothèses au sujet de la pathogénie de cette lésion : écoulement de la liqueur aqueuse au moment du traumatisme, trouble de la circulation ciliaire avec affaissement de la chambre antérieure, enfin enclavement de l'iris dans une solution de continuité de la cornée au moment du traumatisme. ROHMER.

Zur Pathologie des Flimmerscotoms (Contribution à l'étude du scotome scintillant), par HILBERT (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., novembre* 1891).

L'auteur a observé un cas dans lequel il a pu voir à l'ophtalmoscope la pulsation de l'artère centrale de la rétine; l'accès de scotome scintillant disparut en quelques minutes grâce à des inhalations de nitrite d'amyle. L'auteur conclut de ce cas, et d'autres connus antérieurement, que : 1° les symptômes subjectifs sont très variables; 2° qu'il peut survenir des pulsations de l'artère centrale de la rétine, sans compter les autres changements dans le système vasculaire; 3° toute l'affection consiste en troubles anatomiques grossiers du lobe occipital, en particulier de la couronne rayonnante, et surtout en altérations vasculaires de l'appareil central percepteur de la lumière. ROHMER.

Zwei Fälle von Tuberculose des Uvealtractus, par PROBSTING (*Klin. Monatsbl f. Augenheilk., octobre* 1891).

Chez un malade atteint d'infection péricornéenne intense, une tumeur non visible, derrière l'iris, difficile à dilater, fit saillie du côté de la sclérotique; la surface de cette tumeur, grosse comme la moitié d'une cerise, était couverte d'une sécrétion purulente, jaunâtre, et entourée par un bourrelet de conjonctive épaissie; sa consistance est molle, de couleur blanc rougeâtre; elle a perforé la conjonctive et est située en bas et en dehors. Une tumeur analogue se trouve à la surface supérieure du bulbe, dans la région d'insertion du droit supérieur. Énucléation. Le malade mourut peu de semaines après l'opération. La section du bulbe montra de petites masses tuberculeuses répandues sur le corps ciliaire, tandis que la tumeur principale siège derrière cet organe et a perforé la sclérotique; elle serait née de la choroïde, et sa structure tuberculeuse fut aisément démontrée par la re-

cherche des bacilles ; l'inoculation dans un œil de lapin produisit, du reste, une nouvelle infection tuberculeuse.

Chez un enfant de 9 ans, atteint de ganglions suppurés du cou, on trouve un ptosis à l'œil droit avec injection et sécrétion conjonctivales ; en bas et en dehors de la cornée, on trouve une tumeur, de la grosseur d'une noix, dont le sommet est ulcéré. Énucléation. Après un séjour de plusieurs mois dans le liquide de Müller, l'examen montra que la tumeur siège à la limite de la cornée et de la sclérotique, et que cette dernière membrane a été perforée ; la tumeur mesure 9 millimètres de diamètre d'arrière en avant, 8 millimètres de haut en bas. Dans le corps ciliaire, du côté interne, on trouve les premières traces de la dégénérescence tuberculeuse ; dans l'iris, il y a des nodosités tuberculeuses. La tumeur principale aurait pris naissance en partie sur l'iris et en partie sur la cornée. Les recherches bactériologiques ont démontré ici aussi la présence du bacille de Koch. ROHMER.

Ueber das Vorkommen von Riesenzellen... (De l'apparition des cellules géantes et de l'exsudation purulente au pourtour des cysticerques intra-oculaires), par A. WAGENMANN (*Arch. f. Opht., XXXVII*, 3).

Dans diverses observations, on a trouvé des cellules géantes dans la capsule de cysticerques intra-oculaires, qu'on pensait même être de nature tuberculeuse. Wagenmann a examiné un œil qui avait renfermé pendant trois ans un cysticerque, lequel était entouré d'une infiltration purulente avec cellules géantes. L'examen bactériologique ayant donné un résultat négatif, l'auteur conclut que la présence de l'entozoaire suffit pour provoquer une inflammation purulente, avec formation de cellules géantes, sans intervention de microbes de la tuberculose, ni de staphylocoques. D'après des cas analogues de Baumgarten et surtout de Deutschmann, il faudrait admettre que les staphylocoques, circulant dans le sang, se fixent au pourtour du cysticerque comme lieu de moindre résistance.

ROHMER.

Contributions à la chirurgie oculaire, par Gama PINTO (*Ann. d'ocul., CVII, avril* 1892).

Contre l'ectropion de la paupière inférieure survenant chez les vieillards, ou à la suite de blépharite ou de paralysie de l'orbiculaire et du muscle de Horner, l'auteur emploie un procédé qui consiste à exciser, au moyen de deux incisions un lambeau de paupière à l'angle externe, puis à raccourcir la conjonctive. Le redressement de la paupière serait irréprochable, d'après l'auteur.

Dans l'extirpation du chalazion externe à travers une incision cutanée, l'auteur, pour empêcher l'accumulation de sang dans la petite poche, enlève le point d'inflammation de la tumeur sur le tarse et perfore celui-ci de part en part ; il permet de la sorte l'écoulement du sang vers la conjonctive. Il se prononce nettement pour la nature non tuberculeuse du chalazion.

Pour parer aux accidents des hernies de l'iris à travers une perforation ancienne ou récente, l'auteur, après avoir d'abord libéré le prolapsus de ses adhérences avec un stylet mousse, l'excise, et sur la plaie cornéenne il place un lambeau de conjonctive pris sur l'équateur postérieur du globe ; un bandeau compressif est appliqué dès le 4e jour. Le lambeau est adhérent. Cette transplantation a pour but d'assurer non

seulement une occlusion rapide de la plaie, mais de fournir artificiellement du matériel pour la formation d'une cicatrice plus solide et plus résistante. ROHMER.

Quelques accidents des opérations secondaires, par TROUSSEAU (*Ann. d'oculist. CVII, mai* 1892).

L'auteur, à la suite de faits qu'il a observés, attribue une plus grande gravité à l'intervention dans la cataracte secondaire qu'à l'extraction primitive ; les irido-choroïdites, les panophthalmies s'observent beaucoup plus souvent. Pour lui il ne s'agit pas là d'infection simple et immédiate ; il faut tenir grand compte du traumatisme déjà subi par l'œil et de la nature (dilacération vitreuse et traction irienne) de l'acte opératoire actuel ; au reste, Leber ne vient-il pas de démontrer que l'inflammation n'a pas toujours une origine microbienne? ROHMER.

L'ophtalmie sympathique postopératoire, par de WECKER (*Ann. d'oculist., CVII, février* 1892).

La comparaison faite par l'auteur entre le procédé de Græfe et celui de Daviel pour l'extraction de la cataracte est toute en faveur de ce dernier, si l'on envisage la possibilité d'une ophtalmie sympathique consécutive à l'opération. Les raisons données, c'est que dans le procédé de Græfe, la section est trop périphérique, et moins rapidement cicatrisable, que lorsqu'elle est placée dans la cornée ; de plus, après résection de l'iris, la plaie interne de la cornée est plus immédiatement en contact avec la plaie capsulaire; d'où, infection plus facile si la guérison n'est pas immédiate. Aussi, ce qui, d'après de Wecker, met le mieux à l'abri de tout danger l'œil congénère, c'est la formation rapide d'une cicatrice solide, imperméable, isolée du contact des parties avoisinantes, de la capsule et de l'iris. Pendant 22 ans, sur 5,000 extractions à lambeau avec ou sans iridectomie, l'auteur n'a rencontré que deux fois l'ophtalmie sympathique; de 1867 à 1875, sur 1,500 extractions d'après le procédé de Græfe, il a observé 5 fois l'ophtalmie sympathique. De Wecker demande que les statistiques les plus étendues soient publiées, afin de voir si les faits qu'il avance sont confirmés. ROHMER.

La consanguinité en pathologie oculaire, par TROUSSEAU (*Ann. d'ocul., CVII janvier* 1892).

L'auteur essaye de prouver que l'hérédité est en cause beaucoup plus que la consanguinité, pour beaucoup de lésions oculaires qu'on a l'habitude de rapporter à cette dernière étiologie. C'est ainsi que sur 20 cataractes congénitales il en trouve 11 dans lesquels ni l'hérédité ni la consanguinité n'existent, 5 dans lesquels l'hérédité est manifeste, 3 dans lesquels la consanguinité semble d'abord jouer le rôle principal, mais ne tarde pas à s'effacer devant la prépondérance de l'hérédité ; 1 dans lequel l'enquête est insuffisante. Il en est de même pour la rétinite pigmentaire et l'albinisme. L'auteur conclut que, par elle-même, sans l'intervention de l'hérédité, la consanguinité est impuissante à amener des lésions oculaires; elle ne crée aucun état morbide sans les matériaux que lui fournit l'hérédité. ROHMER.

Fall von pseudoleukæmischen Tumoren in der Orbita, par AXENFELD (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 3, p. 58, 18 *janvier* 1892).

Fait unique de pseudo-leucémie ayant débuté par l'orbite, c'est-à-dire par une région où les ganglions lymphatiques sont inconnus.

Homme de 62 ans, offrant de volumineux lymphomes au cou, aux aines, dans la bouche, le pharynx et les deux cavités orbitaires. Les lymphomes sont apparus en premier lieu dans les orbites, 6 mois avant que les tumeurs commençassent ailleurs. Le sang n'a jamais présenté d'augmentation des globules blancs; il contenait de minuscules corps mobiles en imposant à plusieurs égards pour des flagellifères, mais n'étant peut-être que des produits de destruction des hématies. L'examen histologique des tumeurs orbitaires extirpées a confirmé le diagnostic de lymphomes. J. B.

Beiträge zur Enstehungsgeschichte der angeborenen Missbildungen des Auges (Genèse des malformations congénitales de l'œil), par G. RINDFLEISCH (*Arch. f. Opht.*, *XXXVII*, 3).

Le point de départ de ce travail est un fœtus de 6 à 7 mois, chez qui un fort degré d'hydrocéphalie déprimait la voûte de l'un et l'autre orbite au point de les rendre convexes vers le bas. Les globes oculaires, microphtalmiques, présentaient à la partie inférieure une formation cystique du genre de celles auxquelles van Duyse a donné le nom de « colobome enkysté » ou de « kyste colobomateux ». Les différentes parties du bulbe, iris, cristallin, etc., sont formées. La rétine est fortement plissée et décollée. La formation kystique est constituée par une lacune située dans l'épaisseur de la sclérotique, et communiquant par une ouverture rétrécie avec la cavité oculaire. La rétine passe par cette ouverture à l'intérieur du kyste, où elle se plisse, des bouchons de tissu de la sclérotique pénétrant entre les plis.

L'auteur, sans nier que des processus inflammatoires, survenant dans la période embryonnaire, puissent jouer un rôle prépondérant dans la pathogénie des colobomes oculaires, estime que dans le cas présent le facteur pathogénique principal a été un élément mécanique consistant en une pression exercée par l'hydrocéphalie sur les globes oculaires embryonnaires. Il se pourrait, toutefois, qu'un processus inflammatoire, qui dans le cerveau a donné lieu à l'hydrocéphalie, se soit propagé à l'œil à une époque où ce dernier était encore en communication ouverte avec le cerveau. ROHMER.

Zur Anatomie der Pinguecula, par FUCHS (*Arch. f. Opht.*, *XXXVII*, 3).

L'altération histologique qui constitue la pinguicula est caractérisée : *a*) par le dépôt d'une substance hyaline amorphe entre les éléments histologiques de la muqueuse; *b*) la dégénérescence hyaline des fibres conjonctives de la muqueuse et de la sclérotique; *c*) le développement et la croissance exagérée de fibres élastiques qui subissent, elles aussi, la dégénérescence hyaline. Les granules hyalins déposés librement augmentent de volume, se réunissent à plusieurs, et finissent par constituer de fortes concrétions. Les fibres dégénérées augmentent de calibre, s'allongent, se contournent sur elles-mêmes et finissent ainsi par constituer également des concrétions plus ou moins grandes de substance hyaline, souvent assez bien délimitées d'avec le tissu ambiant. Ainsi s'expliquent l'épaississement de la conjonctive et son aspect bosselé.

Quant à la cause de cette dégénérescence hyaline de la muqueuse, Fuchs incrimine la décrépitude sénile des tissus, jointe aux insultes mécaniques de l'air, etc. Il rappelle que l'arc sénile, les taches jaunes dans les cicatrices cornéennes et la kératite rubanée reconnaissent une altération identique des tissus. ROHMER.

Des injections intra-musculaires de mercure dans la thérapeutique oculaire, par VIBERT (*Thèse de Paris*, 1892).

Fait sous l'inspiration de Panas, ce travail résume à peu près l'état de la question. Parmi les conclusions, il faut noter surtout celles-ci : que des trois sels mercuriques essayés (benzoate, bichlorure et biiodure), l'auteur préfère le dernier, à cause de sa plus grande stabilité, du peu de douleurs qu'occasionne son injection, et de son action thérapeutique supérieure à plus faible dose.

La méthode hypodermique paraît la méthode de choix, car on n'a avec elle, ni salivation, ni diarrhée, en un mot, aucun des troubles qu'on remarque avec le traitement, soit par le sirop, soit par les frictions, et on devra l'employer toutes les fois qu'on ne trouvera pas de contre-indication du côté des reins.

Les injections intra-musculaires et huileuses doivent être préférées aux injections hypodermiques et aux solutions aqueuses, en ce sens qu'avec les premières on n'a jamais ni nodosités, ni gonflements ni douleur.

Enfin, l'ophtalmologiste devra se servir des injections mercurielles toutes les fois qu'il croira nécessaire l'emploi du mercure, et ce mode de traitement agira souvent, dans certains cas où sirops et frictions seront restés sans résultat. ROHMER.

Ueber hyaline Bildungen im Sehnervenkopfe... (Dépôts hyalins dans la papille optique et sur la rétine consécutifs à la maladie de Bright), par GURWITSCH (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *août* 1891).

Sur quinze yeux de malades morts de maladies rénales, Gurwitsch en a rencontré un, atteint de productions hyalines de la papille et de la rétine. L'absence de la réaction caractéristique avec l'iode et le violet de méthyle démontre qu'il ne s'agit pas de masses amyloïdes. Au microscope, on voit une masse considérable de dépôts dans l'intérieur de la papille, les uns ronds, les autres garnis d'aspérités. Ils sont colorables par l'éosine, incolorables par l'hématoxyline. Les plus petits sont très réfringents et homogènes, les plus grands présentent une sorte de stratification concentrique. Très peu de modifications dans le tissu avoisinant; pas de véritables enveloppes conjonctives ; les fibres nerveuses sont augmentées de volume dans la couche des fibres rétiniennes.

D'après l'auteur, cet état de dégénérescence hyaline précèderait la dégénérescence amyloïde. ROHMER.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES

Considérations anatomiques et pathologiques sur la cloison des fosses nasales aux différents âges, par MAUCLAIRE (*Bull. Soc. anat.*, *p.* 169, *mars* 1892).

Etude d'après 65 pièces anatomiques. L'auteur admet comme variétés : 1° cloisons simplement déviées; 2° cloisons avec crêtes antéro-postérieures, plus fréquentes à gauche qu'à droite, dans la partie antérieure que postérieure ; 3° cloisons avec crêtes et déviations, combinaison des deux variétés précédentes, de nature chondro-osseuse, siégeant surtout à l'union du vomer avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Mauclaire discute ensuite l'origine de ces déviations et admet surtout le traumatisme dans l'enfance. L'auteur publie, en terminant, un cas de perforation de la cloison dans la partie supérieure de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et donne quelques détails sur la situation exacte de l'orifice antérieur du sinus sphénoïdal. A. CARTAZ.

Ueber das Vorkommen der Charcot-Leyden'schen Krystalle in Nasentumoren (Présence des cristaux de Charcot et de Leyden dans les polypes du nez), par Benno LEWY (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 33, *p.* 816, *et n°* 34, *p.* 845, 17 *et* 24 *août* 1891).

Lewy a constaté la présence, dans les polypes muqueux et les papillomes des fosses nasales, des mêmes cristaux signalés dans l'asthme, la leucémie, etc. Mais ils ne sont pas préformés dans les tumeurs du nez, car pour les y rendre apparents, il faut écraser la préparation microscopique ; on les voit alors apparaître au bout d'un temps plus ou moins long, variable de quelques secondes à quelques jours. Les cristaux sont d'autant plus abondants et plus volumineux qu'ils se manifestent plus vite; c'est le cas pour les polypes d'aspect gélatineux. On ne les rencontre pas dans les tumeurs très volumineuses ou très dures. L'iodure de potassium n'empêche nullement leur apparition. L'artifice de préparation nécessaire pour les déceler témoigne qu'ils résultent de la destruction des cellules. On les observe aussi bien chez les individus qui ont de l'asthme nasal que chez ceux qui n'en ont pas; mais on ne les voit jamais ni dans le sang, ni dans la muqueuse nasale, saine ou hypertrophiée, qui supporte les tumeurs où ils se trouvent. Lewy n'en a pas vu non plus dans les amygdales, ni dans les végétations adénoïdes du pharynx nasal. Il les a constatés dans plus des deux tiers des cas de polypes examinés. J. B.

Contribution à l'étude des fibromes naso-pharyngiens chez la femme. Une observation chez une jeune fille de 15 ans, avec examen microscopique, par TELLIER (*Gaz. hebd.*, *Paris*, 19 *mars* 1892).

Cette observation a trait à une jeune fille de 15 ans, atteinte depuis une dizaine de mois d'enchiffrènement et d'une tumeur siégeant dans l'une des

narines. Actuellement on voit dans la narine gauche une tumeur lisse, rouge-jaunâtre et par moments faisant saillie au-dehors. Gêne de la respiration très marquée, qui n'a lieu que par la bouche ; anosmie ; écoulement séreux par les narines ; voix nasonnée. Pas d'épistaxis. Cette tumeur dure est implantée sur la paroi postérieure du pharynx au niveau de la gouttière basilaire et sur la crête postérieure de la cloison des fosses nasales ; elle a la forme d'une grosse molaire à 4 racines, dont une dans chaque fosse nasale et dans le pharynx ; l'une de ces dernières fait saillie en arrière du voile du palais.

Ablation de cette tumeur par la voie buccale au moyen de fortes pinces à griffes ; hémorragie assez considérable, curage du point d'implantation. Le pédicule a 1 centimètre et demi d'épaisseur ; à la coupe, tissu fibreux dense à fibres parallèles perpendiculaires à la surface d'implantation, sans enroulement à la périphérie. L'examen histologique a confirmé le diagnostic de fibrome naso-pharyngien.

Après avoir fait remarquer l'extrême rareté de ces tumeurs chez la femme, puisque l'auteur n'a pu en relever que deux observations démonstratives sur neuf, qui sont rapportées dans un article de Pluyette sur ce sujet, Tellier insiste sur ce fait jusqu'alors contesté, que les fibromes naso-pharyngiens peuvent présenter la même physionomie clinique dans les deux sexes. L'observation actuelle en est du moins une preuve. OZENNE.

Cyst of the middle turbinated bone (kyste du cornet moyen), par C.-H. KNIGHT (*International Clinics, janv.* 1892 *et N.-York med. journ.* 19 *mars* 1892).

Après avoir indiqué le rôle physiologique du cornet moyen, Knight montre les troubles pathologiques engendrés par la présence d'une tumeur ou de l'hypertrophie de cet os. Les kystes seraient moins rares qu'on ne le pense ; ils ont été décrits par Mc Bride, Bayer, Schmiegelow, etc. Knight en a observé 12 cas.

Les principaux symptômes indiquant l'intervention sont la sténose et les névroses réflexes du nez, la gêne respiratoire, l'anosmie, l'altération de la voix, etc. On les rencontre plus souvent chez la femme que chez l'homme, jamais chez l'enfant, et fréquemment il existe en même temps des polypes muqueux. Leur volume peut être assez considérable, un pouce et quart de longueur et un demi-pouce d'épaisseur. La pathogénie est difficile à interpréter. S'agit-il d'une ostéite raréfiante ou plutôt (Macdonald), d'une périostite ostéophytique secondaire à la rhinite hypertrophique. Quant au traitement, l'anse froide ou caustique a suffi à Knight pour ses diverses observations. A. CARTAZ.

Ueber Nasenbluten, par Ad. BARTH (*Berlin. klin. Wochens., n°* 4, *p.* 80 25 *janvier* 1892).

Dans les 5 dernières années, Barth a observé 52 cas d'épistaxis. 6 fois le sang provenait d'une ulcération de la cloison cartilagineuse ; 5 fois il venait d'ulcérations bourgeonnantes de la face antérieure des cornets inférieur et moyen, qui, chez 3 malades, étaient de nature tuberculeuse ou lupique ; 13 fois l'hémorragie était due à la rupture d'un vaisseau de la cloison cartilagineuse ; 7 fois il existait à la fois ulcérations et ouverture de vaisseau sur la cloison cartilagineuse ; 2 fois il s'agissait d'une petite tumeur de la cloison cartilagineuse ; dans un autre cas, d'une

tumeur pédiculée insérée au-dessous du cornet moyen. Chez 5 malades le sang provenait de la narine droite; chez 15, de la gauche; chez 2 des deux côtés; chez 3, le siège était douteux. Aucun des malades n'était cardiaque. Dans aucun cas l'hémorragie ne dérivait du tissu caverneux des cornets.

Comme traitement pour éviter les rechutes, quand il s'agit de ruptures vasculaires sur la cloison cartilagineuse, Barth préconise la cautérisation galvanique ou avec l'acide trichloracétique. J. B.

Ein Fall von Rhinosklerom... (**Rétrocession d'un rhinosclérome sous l'influence du typhus exanthématique**), **par Leopold LUBLINER** (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 40, *p.* 983, 5 *octobre* 1891).

Lubliner relate en détails l'observation d'un homme de 35 ans, ayant un rhinosclérome qui avait presque entièrement oblitéré les fosses nasales et qui rétrocéda à peu près complètement à la suite d'un typhus exanthématique.

Il mentionne également deux lupus qui furent influencés aussi favorablement par une atteinte de typhus, mais qui ne tardèrent pas à récidiver; enfin des gommes ulcérées de la langue qui, après avoir résisté au traitement antisyphilitique, guérirent grâce à un érysipèle intercurrent. J. B.

Les tumeurs malignes épithéliales des fosses nasales, par R. DREYFUSS (*Arch. int. de laryng.*, *V*, 2).

Après un historique de la question, Dreyfuss analyse les diverses observations publiées et ne retient que celles où l'examen a permis d'établir nettement la nature de la tumeur; il n'a pu en réunir que 13, y compris un fait personnel. Comme pour tous les cancers, l'étiologie est banale, sans aucune preuve démonstrative. C'est en général dans la partie supérieure du nez que débute le cancer. Contrairement aux cas de sarcome, l'hémorragie spontanée est rare, de même l'engorgement ganglionnaire; on n'observe pas non plus de productions secondaires à distance. Malgré l'insuccès presque fatal des interventions, Dreyfuss conseille d'opérer, à moins d'envahissement déjà considérable des fosses nasales.

La variété généralement observée est l'épithéliome. A. CARTAZ.

Ein Fall von Morbus Basedowii geheilt durch eine Operation in der Nase, par MUSEHOLD (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 5, *p.* 93, 1892).

Femme de 45 ans, chez qui les palpitations se sont manifestées à la suite de la ménopause, il y a 3 ans 1/2. Elle a une hypertrophie thyroïdienne visible surtout à droite, un cœur gros, du tremblement, pas d'exophthalmie; pouls de 90 à 100. Elle se plaint surtout de palpitations douloureuses et de céphalée commençant au niveau de la racine du nez et s'étendant au front. Hyperémie conjonctivale et larmoiement à droite.

De ce côté, l'auteur constate l'hypertrophie de la moitié postérieure du cornet inférieur et extirpe cette moitié à l'aide de l'anse galvanique (le 4 août).

Immédiatement la céphalalgie disparaît; dès le lendemain, les troubles oculaires diminuent. Le troisième jour les palpitations s'atténuent; elles cessent complètement le 7e jour et le café ne les réveille pas.

Le 7e jour, l'auteur commence l'électrisation par les courants continus;

dès la cinquième séance le corps thyroïde paraît diminuer de volume. Les séances ayant été suspendues le 27 août, la diminution du goitre continue cependant. Le 19 septembre, la circonférence du cou est de 36 c., 5 au lieu de 40 c.

Depuis cette époque l'amélioration de l'état général progresse ; on ne constate plus, en définitive, qu'une très faible tuméfaction du lobe thyroïdien droit ; les phénomènes cardiaques ont disparu. La guérison est complète.

L. GALLIARD.

Teratoma della faringe, par G. GRADENIGO (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino, p.* 165, *février* 1892).

Observation d'un enfant de quelques jours, porteur d'une tumeur du volume d'une grosse fève, insérée par un court pédicule sur la voûte palatine, à l'union de son tiers moyen avec ses deux tiers latéraux; la tumeur, dépourvue de cartilage, était formée de tissu conjonctif et adipeux, et recouverte de peau normale avec de minces poils et sans papilles.

GEORGES THIBIERGE.

Thrush (muguet) of the pharynx and nose in an adult occurring during an attack of grippe, par Max THORNER (*Cincinnati med. Soc.* 25 *janv.* 1892).

Jeune homme de 17 ans, au déclin d'une grippe qui avait considérablement prostré ses forces. Le 18 janvier, épistaxis abondante provenant d'une petite érosion de la cloison ; l'épistaxis se répète une ou deux fois, sans gravité, mais l'état de faiblesse du malade est très marqué. Le 27 janvier, l'auteur appelé près du malade, trouve des taches blanches sur les amygdales comme dans une angine pultacée. Mais le lendemain ces taches sont plus abondantes, s'étendent au voile du palais, au pharynx. L'examen fait voir qu'il s'agit de houppes d'oidium albicans.

Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas, c'est que les jours suivants le muguet s'étendit au pharynx nasal tout entier, aux choanes, amenant une gêne considérable. Guérison en quelques jours avec les gargarismes et injections au bicarbonate sodique. A. CARTAZ.

Sur une variété peu connue d'angine phlegmoneuse, périamygdalite linguale, par A. RUAULT (*Arch. intern. de laryng., V,* 1).

L'auteur publie cinq observations de cette variété d'angine. Localisée à la région de la base de la langue, à tout ou partie de l'amygdale linguale, cette affection se présente avec les signes suivants : début par les signes généraux habituels de l'angine, douleur auriculaire, dysphagie très marquée, voix parfois enrouée, quelquefois un peu de dyspnée due à la saillie de l'abcès et à la compression. Pas ou peu d'adénopathie ; amygdale linguale rouge, volumineuse, tuméfiée ; tantôt l'amygdale est prise en totalité, tantôt dans une de ses moitiés. Terminaison habituelle par l'ouverture spontanée de l'abcès.

Ruault discute le diagnostic avec la glossite basique profonde et les phlegmons prélaryngiens. A. CARTAZ.

Contribution à la pathologie des processus tonsillaires inflammatoires, par A. SOKOLOWSKI et L. DNOCKOWSKI (*Arch. intern. de laryng., IV,* 6 *et V,* 1 *et* 2).

Étude clinique et anatomo-pathologique de l'hypertrophie amygda-

lienne et des inflammations de cette glande. Les auteurs concluent ainsi :

1° L'hypertrophie des follicules peut déterminer un rétrécissement ou un engorgement des lacunes, lequel provoque, à son tour, la rétention du contenu ;

2° L'inflammation des lacunes tonsillaires dans laquelle la sécrétion subit une augmentation quantitative et une modification qualitative, peut être infectieuse ou non, chronique ou aiguë ;

3° Les processus desquamatifs chroniques sont le plus souvent en relation immédiate avec l'hypertrophie des amygdales ou avec le catarrhe chronique des lacunes ;

4° La soi-disant angine folliculaire n'est qu'une inflammation pseudo-membraneuse localisée dans les lacunes. A. CARTAZ.

Report on the abductor and adductor fibres of the recurrent laryngeal nerve, par Risien RUSSELL (*Brit. med. journ.*, 18 *juin* 1892).

Pour vérifier l'hypothèse de Semon, Russell a cherché à isoler les divers faisceaux de fibres nerveuses composant le récurrent, puis à exciter séparément ces faisceaux; d'autre part il les soumettait, en les isolant, à une sorte de dessèchement à l'air pour apprécier leur degré de résistance respective. Chacune de ces expériences était contrôlée par la dissection des filets nerveux jusque dans les muscles du larynx, par l'excitation des muscles et des filets nerveux séparément, enfin par l'étude des dégénérescences consécutives à la section de ces filets.

Les résultats obtenus permettent à l'auteur de conclure que les fibres abductrices et adductrices contenues dans le récurrent sont réunies en faisceaux distincts, conservant leur indépendance réciproque.

Que l'excitation simultanée de toutes les fibres du récurrent produit l'adduction des cordes vocales chez l'animal adulte, tandis qu'elle amène l'abduction chez les jeunes animaux.

Lorsque les fibres nerveuses sont exposées à l'influence desséchante de l'air, les fibres abductrices perdent leur conductibilité électrique plus rapidement que les adductrices. Ce résultat se produit même chez les jeunes animaux.

Il est possible de délimiter anatomiquement le trajet de ces diverses fibres dans la longueur du récurrent ; les abductrices siégeant à la partie interne, contre la trachée, les adductrices à la partie externe. On peut les exciter séparément d'une façon très nette.

Le faisceau de telle ou telle sorte de fibres peut être sectionné sans léser les autres, comme on en peut juger par les dégénérescences musculaires correspondant aux fibres que l'on a sectionnées. A. CARTAZ.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1892

A

Abcès. — La disparition des volumineux abcès du psoas, par Myers. (*N. York Acad. of med.*, 15 janv.) — Abcès froid costal traité par la méthode de Lannelongue, par Prengrueber. (*Bullet. Soc. de Chirurgie,* XVII, p. 724.)

Abdomen. — Traitement de la tympanite abdominale par la teinture de thuya, par Chéron. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 fév.) — Des dermoïdes de la paroi abdominale, par Bodenstein. (*Münch. med. Woch.,* 5 janv.) — Des opérations pratiquées sur le sacrum pour faciliter l'abord de la cavité abdominale, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 9 mars.) — Laparotomie pour contusion de l'abdomen, guérison, par Michaux. (*Bullet. Soc. de Chirurgie*, XVII, p. 802.) — Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau, laparotomie exploratrice, guérison rapide, par Terrier. (*Ibid.*, XVII, p. 530.) — Plaies pénétrantes de l'abdomen traitées par l'abstention, par Reclus. (*Ibid.*, XVII, p. 536.) — Essai critique et clinique sur le traitement des lésions traumatiques de l'abdomen par projectiles de petit calibre, par Amat. (*Gaz. méd. Paris*, 12 mars.) — Plaies pénétrantes de l'abdomen par coup de couteau, issue des anses intestinales perforées en trois endroits, suture des plaies, guérison, par Lassalle. (*Montpellier méd.*, 9 janv.) — Traitement des plaies de l'abdomen par armes à feu, par Zimmer. (*Beit. zur klin. Chir.*, VIII, 3.) — La laparotomie dans les plaies par armes à feu pénétrantes de l'abdomen et la péritonite post-opératoire, par Martino. (*Progresso med.*, 30 janv.) — Le drainage dans la chirurgie abdominale, par O. Allen. (*New York med. record*, p. 267, sept. 1891.)

Absorption. — De l'absorption des corps solides, par Lassalle. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 2.)

Accouchement. — L'enseignement de l'obstétrique à la clinique de Lyon. (*Lyon méd.*, 3 janv.) — Quelques observations de curetage appliquées à l'obstétrique, par Loviot. (*Journ. de méd. Paris*, 3 janv. et *Arch. de tocol.*,

fév.) — Du curetage de l'utérus après les accouchements, par Fritsch. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 septembre 1891.) — Accidents observés pendant ou après les injections intra-utérines en obstétrique, par Silvestre. (*Thèse de Paris*, 31 mars.) — De la désinfection interne en obstétrique, par Bumm. (*Centralb. f. Gynaek.*, 5 mars.) — Fièvre dans l'accouchement, par Winter. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIII, 1.) — Du mécanisme de l'accouchement dans les présentations du front, par Pollosson. (*Ann. de gynéc.*, mars.) — Traumatisme du col utérin pendant l'accouchement, par Fraisse. (*Nouv. Arch. d'obs.*, 25 mars.) — De la rupture prématurée et spontanée des membranes considérée surtout au point de vue de la conduite à tenir, par Bloch. (*Thèse de Paris*, 10 fév.) — Du gonflement de la lèvre antérieure du col utérin comme cause de ralentissement du travail et moyen d'y remédier, par Étienne. (*Arch. de tocol.*, mars.) — Méthode pour provoquer l'accouchement rapide dans les cas graves de dystocie, par Bossi. (*Nouv. Arch. d'obst.*, 25 fév.) — Travail de l'accouchement compliqué par des tumeurs en prolapsus, par Reynolds. (*Boston med. Journal*, février, p. 133.) — Étude critique et statistique sur le traitement des bassins viciés depuis l'antisepsie obstétricale, par Attarian. (*Thèse de Paris*, 14 janv.) — Traitement de la présentation du siège, par Winter. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 septembre 1891.) — Sur le moyen de compléter l'évolution pelvienne dans les présentations de l'épaule, par Falaschi. (*Broch. Sienne.*) — Mécanisme de la délivrance de la tête dans les présentations du sommet, par Brock. (*Lancet*, 6 fév.) — Observations cliniques sur les présentations occipito-postérieures, par Marx. (*Americ. j. of obst.*, fév.) — Enclavement de la tête dans les positions postérieures du sommet et dérapement du forceps, par Remy. (*Arch. de tocol.*, fév.) — De l'inertie apparente pendant la période d'expulsion, moyens d'y remédier, par Remy. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 fév.) — De la conduite à tenir dans les cas de procidence du cordon ombilical, par Mme Boyer. (*Thèse de Paris*, 30 mars.) — Décollement placentaire, hémorragie, accouchement prématuré, par Desprez. (*Arch. de tocol.*, janv.) — Décollement partiel du placenta, hémorragie pendant la grossesse et accouchement prématuré, par Suter. (*Americ. j. of obst.*, fév.) — Trente-cinq cas de forceps dans la pratique rurale, par H. Walther. (*Berlin. klin. Wochens.*, 31 août 1891.) — Dix cas de version et d'extraction par les pieds, par Walther. (*Berlin. klin. Wochens.*, 7 septembre 1891.) — Opération pendant la période de délivrance, par Walther. (*Ibid.*, 7 septembre 1891.) — Les résultats de la symphyséotomie antiseptique à l'Ecole obstétricale de Naples, par Spinelli. (*Ann. de gynéc.*, janv.)

Acromégalie. — Observation d'acromégalie, par Appleyard. (*Lancet*, 2 avril.) — Un cas d'acromégalie, autopsie, par Gauthier. (*Progrès médical*, 2 janvier.) — Obs. d'acromégalie, par Barrs. (*Lancet*, 26 mars.). — Observation d'acromégalie, par Hare. (*Med. News*, 27 fév.)

Actinomycose. — Actinomycose péritonéale provenant du cœcum, par R. Kern. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzt.*, 15 septembre 1891.) — Actinomycose, par Mc Govern. (*Med. News*, 23 janv.)

Addison (Mal. d'). — Maladie d'Addison, par F. Strassmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 septembre 1891.) — Lésions de la maladie d'Addison, par von Kahlden. (*Ibid.*, 14 septembre 1891.)

Adénome. — Adénome sudoripare multiple de la face et du cuir chevelu chez trois membres de la même famille, par Barrett et Webster. (*Brit. med. Journ.*, 6 fév.)

Aérothérapie. — De l'oxygène en thérapeutique et de la pneumothérapie, par Brugelmann. (*Therap. Monats.*, mars.) — Examen de l'impureté de l'air, par Boom. (*Med. News*, 2 avril.)

Alcoolisme. — L'alcoolisme dans ses rapports avec les maladies de l'esprit et du système nerveux, par Mann. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 27 fév.) — Etude physiologique sur l'ivresse, ses causes, ses formes et ses conséquences, par Basset. (In-8° *Paris.*) — Leçons sur l'alcoolisme. par Villard. (In-8° *Paris.*) — L'intoxication alcoolique expérimentale et la cirrhose de Laennec, par Laffitte. (*Thèse de Paris*, 11 fév.) — Alcoolisme et tuberculose, par Mackenzie. (*Brit. med. j.*, 27 fév.) — De la dypsomanie, par Magnan. (*Mercredi méd.*, 13 janv.) — L'ivrognerie et son traitement par la strychnine, par G. Beldau. (*Iéna.*) — Le traitement de la dypsomanie, par Tuckerman. (*New York med. record*, p. 713, décembre 1891.) — L'emploi du bain turc dans l'ivresse, par Shepard. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 9 janv.)

Albumine, urie. — La différenciation des matières albuminoïdes, par Duclaux. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 3.) — Emploi de l'acide salicyl-sulphonique pour la recherche des albumoses et des peptones, par Macwilliam. (*Brit. med. Journ*,, 16 janv.) — De l'albuminurie chez les phtisiques, par Le Noir. (*Gaz. des hôp.*, 2 avril.)

Aliénation. — L'enseignement de la médecine mentale en France, progrès récents, améliorations désirables, par Parant. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Placement tardif de certains aliénés dans les asiles spéciaux, par Paris. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mars.) — Histoire de l'assistance des aliénés, par Brands. (*Thèse de Paris*, 11 fév.) — Visite aux asiles étrangers, par Needham. (*Journ. of ment. sc.*, avril.) — Asymétrie de la face chez les aliénés, par Turner. (*Journ. ment. of sc.*, janv.) — Recherches sur la respiration dans les maladies mentales, par Pachon. (*Soc. de biol.*, 5 mars.) — Des troubles de la respiration dans les maladies mentales et en particulier dans la paralysie générale, par Klippel et Boeteau. (*Ibid.*) — De l'acétonurie chez les aliénés, par Lailler. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — De la polyurie chez les dégénérés, par Debost. (*Thèse de Paris*, 11 fév.) — Génie et folie, par Mac Donald. (*Journ. ment. of sc.*, avril.) — Aliénation mentale par troubles de la nutrition. Preuves expérimentales de ce genre d'aliénation, par Mairet et Bosc. (*Ann. méd. psych.*, janv.) — Sur quelques cas de troubles trophiques dans les maladies mentales, par Boeteau. (*Gaz. hebd. Paris*, 6 fév.) — Aliénés simulateurs, par Mairet. (*Bull. méd.*, 9 mars.) — Des associations morbides en pathologie mentale, par Roubinovitch. (*Gaz. des hôp.*, 14 avril.) — Des idées de grandeur chez les persécutés, par Christian. (*Arch. de neurol.*, janv.) — Comment les dégénérés délirent, par Ballet. (*Semaine méd.*, 13 avril.) — Trois signes de diagnostic de la mélancolie, par L. Carter Gray. (*New York med. record*, p. 441, oct. 1891.) — L'évolution de la paranoia, par Channing. (*Journ. of nerv. dis.*, mars.) — Des hallucinations verbales psycho-motrices, par Séglas et Londe. (*Arch. de neurol.*, mars.) — Deux cas de folie sénile avec guérison, par Daguillon. (*France méd.*, V, p. 65.) — De la katatonie, par Goodall. (*Journ. of ment. sc.*, avril.) — Sur un aliéné homicide, par Camuset. (*Arch. de neurol.*, mars.) — Thanatophobie et suicide, par Nicoulau. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Tatouages chez un aliéné, par Christian. (*Annales d'hyg. publ.*, XXV, 515.) — Traitement privé de l'aliénation, par Bradner. (*Journ. Americ.*, *med. Ass.*, 16 janv.) — Application de la culture physique, ses indications au traitement de la folie, par Tomlinson. (*Journ. of nerv. dis.*, janv.)

Alimentation. — Principes d'alimentation des malades, par Félix Hirschfeld. (*Berlin.*) — L'alimentation artificielle de l'enfant au-dessous de un an, par Theodor Riefenstahl. (*Norderney*, 1891.) — La valeur diététique du pain, par Goodfellow. (*Londres.*) — Pain violet, par Mestre. (*Journ. de pharm.*, 15 janv.) — Falsification des denrées alimentaires au moyen du pain grillé, par Collin. (*Journ. de pharm.*, 15 janv.)

Allaitement. — De l'allaitement maternel au point de vue des galactogogues, par Me Griniewitch. (*Thèse de Paris*, 24 mars.) — Note relative au passage des microorganismes dans le lait des nourrices et à leur influence sur la santé des nourrissons, par Gaulard. (*Arch. de tocol.*, mars.)

Amputation. — Série de cinquante grandes amputations, quatre morts, par Barker. (*Lancet*, 2 janv.) — Résultats de grandes amputations traitées antiseptiquement à l'infirmerie royale en 1891 et de 1878 à 1891, 83 cas en 1891, 527 cas en neuf ans, par Page. (*Lancet*, 5 mars.) — Deux cas d'amputation spontanée. Amputation intra-utérine et dactylolyse épithéliale, par Wiedemann. (*Munch. med. Woch.*, nos 45 et 46, 1891.) — Amputation de la hanche, 10 cas, par Davy. (*Lancet*, 12 mars.) — Amputation des deux cuisses pour gangrène embolique des jambes, par Dumont. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte.* 15 décembre 1891, p. 770.) — Double amputation sous-astragalienne, par Arnold. (*Arch. de méd. milit.*, janv.)

Amygdales. — Les amygdales à l'état de santé et à l'état pathologique, par Harrison Allen. (*Americ. J. of med. sc.*, janv.) — Du tissu angiothélial des amygdales et des plaques de Peyer, par Retterer. (*Soc. de biol.*, 9 janv.) — Contagion de l'amygdalite aiguë, par Schnell. (*Marseille méd.*, 1er mars.) — Les amygdalites aiguës, par Sallard. (*Thèse de Paris*, 21 janv.) — Purpura et érythème papulo noueux au cours d'une amygdalite à streptocoques, discussion pathogénique, par Legendre et Claisse. (*Soc. méd. des hôpitaux,* 8 janvier.) — L'infection dans les amygdalites aiguës, par Eloy. (*Rev. gén. de clin.*, 27 janv.) — Pathologie de l'amygdale pharyngée, des adénoïdites, par Rey. (*Thèse de Bordeaux.*) — Instrument pour l'ablation du tissu adénoïde de la base de la langue hypertrophié, par Chappell. (*N. York med. Journ.*, 6 fév.) — Traitement de l'hypertrophie des amygdales, par Moure. (*Journ. méd. Bordeaux,* 6 mars.) — L'ablation des amygdales par l'anse galvano-caustique, par Loeb. (*Med. News,* 19 mars.) — Amygdalotome, par Morison. (*Lancet*, 9 janv.) — Cancer, squirrhe de l'amygdale, par Steele. (*Lancet*, 9 janv.)

Amyloïde. — De la substance amyloïde, par Krowkow. (*Cent. f. med. Wiss.*, 27 fév.)

Anatomie. — Manuel d'anatomie microscopique et d'histologie, par Launois et Morau. (In-18, *Paris.*) — Traité d'anatomie topographique, par Gerlach. (*Munich*, 1891.) — Manuel d'autopsie, par Blackburn. (*Philadelphie.*) — Compendium d'anatomie pathologique, par R. Langerhans. (*Berlin.*)

Anémie. — Sur les conditions du système vasculaire dans l'anémie, par Foxwell. (*Brit. med. Journ.*, 9 avril.) — Tumeur hémorragique du corps pituitaire et de l'infundibulum dans un cas d'anémie pernicieuse, par Anders et Cattell. (*Jour. of nerv. dis.*, janv.) — Anémie pernicieuse, progressive, primitive, examen du sang, état du chimisme stomacal, autopsie, par Pineau (*France méd.*, 11 mars.) — Traitement de l'anémie par le cuivre et l'arsenic, par Hare. (*Therap. Gaz.*, 15 janv.)

Anesthésie. — Anesthésie chloroformique normale, accident par anesthésie

normale, par Lawrie. (*Brit. med. Journ.*, 2 janv.) — 40 ans d'expériences dans l'emploi du chloroforme, par Atthill. (*Brit. med. Journ.*, 16 janv.) Recherches expérimentales avec les résidus de la rectification du chloroforme sur la chaux, par R. du Bois-Reymond. (*Therap. Monats.*, janv.) — Du mécanisme physiologique des accidents et de la mort par le chloroforme; indications rationnelles des moyens de les prévenir, par Laborde. (In-8°, 83 p. Paris.) — Mort dans l'anesthésie, par Lawrie. (*Brit. med. Journ.*, 26 mars.) — L'action toxique du chloroforme impur, par René Du Bois-Reymond. (*Brit. med. Journ.*, 30 janv.) — Mort par l'éther, par Biddlecombe. (*Brit. med. Journ.*, 27 février.) — La cocaïne en chirurgie, par Reclus. (*Rev. scientif.*, 26 mars.) — Sur l'emploi de la cocaïne, par Seifert. (*Rev. de laryng.*, 15 mars.) — De l'anesthésie locale par la cocaïne dans l'énucléation du globe oculaire, par Armaignac. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 février.) — De l'emploi de la cocaïne pour opérer les abcès du sein et les déchirures du périnée, par Guillaume Rossier. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte.*, 1er août 1891.) — Les accidents de l'anesthésie par la cocaïne, par Marciguey. (*Rev. gén. de clin.*, n° 3.) — Sur les propriétés anesthésiques de la cocaïne, par Bignon. (*Bull. de thérap.*, 29 février.) — De l'anesthésie par l'action combinée du chloral en lavement et de la morphine en injection sous-cutanée, par Cadéac et Malet. (*Lyon méd.*, 14 février.) — De l'anesthésie générale par le bromure d'éthyle et de ses applications, par Lubet-Barbon. (*Arch. intern. de laryng.*, V, 1.)

Anévrisme. — Anévrisme de la crosse de l'aorte ouvert dans le péricarde, par Lop. (*Gaz. des hôp.*, 7 janvier.) — Un cas rare d'anévrisme aortique, par Witthauer. (*Therap, Monats.*, avril.) — Anévrisme de la pointe du cœur avec adhérence partielle du diaphragme, par Macaigne. (*Soc. anat.*, 29 janvier.) — Anévrisme aortique méconnu pendant la vie, par G. Klemperer. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 octobre 1891.) — Remarques sur le signe trachéal des anévrismes et sa valeur clinique, par Ewart. (*Brit. med. Journ.*, 19 mars.) — Le battement trachéal comme signe d'anévrisme thoracique, par Grimsdale. (*Practitioner*, février.) — Mort subite par rupture dans le péricarde d'un anévrisme disséquant de l'aorte ascendante, chez un homme de 39 ans, par Robert Tissot. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, 554.) — Un cas d'anévrisme intracranien, tronc basilaire, par Klippel et Boteeau. (*Soc. anat.*, février, p. 81.) — Anévrisme artério-veineux du sinus caverneux et de l'artère carotide interne, par Durbesson. (*Lyon méd.*, 10 avril.) — Anévrisme artério-veineux de la carotide interne dans le sinus caverneux, par Dieu. (*Bullet. soc. de chirurgie*, XVII, p. 516.) — Diagnostic et traitement de l'anévrisme spontané de la carotide primitive, par Karewski. (*Berlin. klin. Wochen.*, 14 septembre 1891.) — Tumeur ganglionaire du cou, transformation en anévrisme, ligature des carotides primitive et externe et de la jugulaire interne, par Croft. (*Royal and med. chir. soc.*, 26 janvier.) — Ligature de la sous-clavière pour anévrisme axillaire, par Godlee (*Royal med. and chir. soc.*, 12 avril.) — Anévrisme diffus du coude, par Montaz. (*Dauphiné méd.*, 1er février.) — Anévrisme traumatique artério-veineux de la cuisse, ouverture du sac, ligature, guérison, par Lévy. (*Arch. de méd. milit.*, avril.) — Anévrisme de la fémorale superficielle, incision de la poche, ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de l'orifice, ablation du sac guérison, par Cheyne. (*Brit. med. Journ.* 6 février.) — Anévrisme poplité traité par l'extirpation, par Quénu. (*Bull. soc. de chir.*, XVII, p. 759.) — Anévrisme artério-veineux, poplisé, par Reynier. (*Ibid.*, XVII. p. 804.) — Sur un cas d'anévrisme artérioso-veineux de la tibiale postérieure guéri par l'extirpation, par Eugène Monod. (*Ibid.*, XVII, p. 524.) — Anévrisme artério-veineux de

l'artère péronière gauche. Ligature des artères et des veines tibiales postérieures et péronières, extirpation du sac, guérison. par FAGUET. (*Journ. méd. Bordeaux*, 6 mars.) — Anévrisme de l'artère mésentérique supérieure, par LAZARUS. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 octobre 1891.) — Augmentation de l'élimination du calcium dans les anévrismes, par E. REALE. (*Rev. clinica e terapeutica*, nº 11, 1891.) — Traitement de l'anévrisme par l'extirpation du sac, par LITTLEWOOD (*Brit. med. Journ.*, 2 janvier.)

Angine. — Le diagnostic des angines dans l'enfance, par SIMON. (*Semaine méd.*, 13 janvier.) — Angine pseudo-membraneuse à streptocoques, métrite, ecthyma ulcéreux, streptococciques de la vulve et du périnée chez une accouchée; érysipèle phlegmoneux de la paroi abdominale chez l'enfant, par JACQUET et RENAULT. (*Gaz. des hôp.*, 3 mars.). — Les angines diphtéroïdes de la syphilis, par BOURGES. (*Gaz. hebd. Paris*, 9 avril.) — Angine de poitrine, par BIXBY. (*Med. News*, 26 mars.) — Sur un cas d'aortite thoracique chronique avec insuffisance aortique, anévrisme de l'aorte et angine de poitrine, pathogénie de l'angine, par PETER. (*Semaine méd.*, 2 mars.)

Angiome. — Du lymphangiome capillaire de la peau et de ses rapports avec le lymphangiome capillaire variqueux, angiokératome, par TÖRÖK. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIV, 5.) — Sur un chylangiome caverneux, par KRUSE. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XXV, 3.) — Traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse, par HEINS. (*Thèse de Paris*, 30 mars.)

Anthrax. — Anthrax juxta-unguéal de l'index par inoculation du pus d'un ancien abcès sous-périostique, par VERNEUIL. (*Gaz. hebd. Paris*, 20 fév.)

Antiseptiques. — Sur l'emploi ancien des antiseptiques, par ANDERSON. (*Journ. Americ. med. assoc.*, 12 mars.) — Sur les antiseptiques composés, par DE CHRISTMAS et RESPOUT. (*Soc. de biol.*, 23 janvier.) — Considérations sur l'antisepsie interne. Mercure et broncho-pneumonie, par A. ROBIN, (*Bull. acad. de méd.*, 16 février.) — Antisepsie intestinale, par ERNST. (*Boston med. Journ.*, 18 février.) — Lettre à mes assistants sur les moyens d'assurer l'asepsie dans la préparation des instruments, ligatures, pansements, par KELLY. (*Americ. j. of obst.*, février.) — De la microcidine et de son emploi en obstétrique et en chirurgie, par DAVID. (*Thèse de Paris*, 18 février.)

Anus. — Emploi du teucrium scordium dans le prurit anal, par BRINTON. (*Therap. gaz.*, 15 janvier.) — Imperforation anale, opération par le périnée, par BRADLEY. (*Med. news*, 5 mars.) — Les indications de la colotomie, par KELSEY. (*Therap. gaz.*, 15 janvier.) — Modification de l'opération de colotomie inguinale et de l'entérostomie, par ROBSON. (*Brit. med. journ.*, 9 janvier.)

Aorte. — Artérite oblitérante, oblitération de l'aorte abdominale et de ses branches terminales, par ALDIBERT. (*Soc. anat.*, 29 janvier.) — Sur la perforation de l'aorte thoracique par les tumeurs de l'œsophage, par R. ALTMANN. (*Archiv f. pathol. anat.*, XXVI. 3.) — Ruptures spontanées de l'aorte chez un jeune homme, par VIBERT. (*Soc. de méd. lég.*, 14 mars.) — Rupture spontanée de l'aorte dans sa portion intrapéricardique, par SAGUET. (*Soc. anat.*, février, p. 97.) — Arténiosclérose généralisée, aortite totale, dilatation très prononcée dans les deux tiers inférieurs, rupture, épanchement sanguin dans la plèvre gauche, usure de la colonne vertébrale, par DUPASQUIER et THIROLOIX. (*Soc. anat. Paris*, mars, p. 194.) — Emploi

de la digitale dans les affections aortiques, par Barrs. (*Brit. med. journ.*, 12 mars.)

Appareil. — Une seringue hypodermique antiseptique, par White. (*Jour. of cutan. dis.*, mars.) — Azotimètre, par Frémont. (*Soc. de biol.*, 5 mars.) — Instrument pour faire les tubes de caoutchouc, par V. Ott. (*Cent. f. Gynaek.*, 12 mars.) — Appareil pour la paralysie du radial, par Heusner. Appareil pour la carie vertébrale, par Le Même. (*Berlin. klin. Wochen.*, 5 octobre 1891.)

Artère. — Anomalie de l'artère suscapulaire venant s'enrouler en 8 de chiffre dans le creux sous-claviculaire, par Mauclaire. (*Soc. anat. Paris*, mars, p. 184.) — Anomalies artérielles veineuses, nerveuses et musculaires du membre supérieur, par Duval. (*Ibid.*, p. 189.) — Bifurcation de l'artère fémorale avec réunion au-dessous, par Musgrove. (*Journ. of anat.*, janvier.) — Embolie des deux artères iliaques, gangrène, mort, par Meredith. (*Med. news*, 23 janv.)

Articulation. — Considérations sur l'anatomie du genou et étude des luxations des cartilages semi-lunaires, par Mouret. (In-8°, *Montpellier.*) — Note sur deux cas d'épanchement traumatique de sang dans l'articulation du genou, par Piéchaud. (*Journ. méd., Bordeaux*, 10 janvier.) — L'hydarthrose, par Karl Schuchardt. (*Ibid.*) — Diagnostic différentiel de l'hémarthrose et de l'hydarthrose tuberculeuse, par Koenig. (*Berlin. klin. Wochen.*, 28 septembre 1891.) — Sacro-coxalgies partielles, par Delbet. (*Soc. anat.*, 5 février.) — Traitement de la tuberculose par les injections d'iodoforme, par Frentzel. (*Berlin. klin. Wochen.*, 5 octobre 1891.) — L'emploi de l'iodoforme dans le traitement des arthrites strumeuses, par Bryant. (*New-York Acad. of med.*, 15 janvier.) — De la valeur relative de l'immobilisation et de l'extension continue dans le traitement de la coxalgie, par Berthet. (*Thèse de Lyon*, 5 janvier.) — Traitement opératoire de l'ankylose de la hanche en position vicieuse, par Broca. (*Gaz. hebd. Paris*, 20 février.) — Des résultats éloignés de quelques synovectomies du genou, par Rochet. (*Mercredi méd.*, 6 janvier.) — Corps étranger d'origine traumatique présentant un gros pédicule, arthrotomie, par Brault. (*Lyon méd.*, 13 mars.)

Astigmatisme. — Du rapport de la contraction irrégulière du muscle ciliaire avec l'astigmatisme, par Bull. (*Ann. d'ocul.*, février.) — Sur le traitement et la correction de l'astigmatisme, par Knæpfler. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mars.)

Asthme. — Expériences sur la pathogénie de l'asthme, par Lazarus. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 septembre 1891.) — De l'asthme de la grossesse, par Halliday Croom. (*Edin. med. journ.* mars.) — Les cellules éosinophiles de l'expectoration asthmatique, par Leyden. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 octobre 1891.) — Asthme nasal, par Drinkwater. (*Brit. med. journ.*, 26 mars,) — Asthme d'origine nasale, par Bronner. (*Leeds and West riding med. chir. soc.*, 15 janvier.) — Asthme des foins, par Blair. (*Therap. gaz.*, 15 mars.) — Traitement des lésions des voies respiratoires supérieures pour la guérison de l'asthme, par Bosworth. (*New York med. journ.*, 26 mars.)

Athétose. — Athétose complète, autopsie, par Putnam. (*Journ. of nerv. dis.*, février.) — Sur l'athétose double, par Jumon. (*France méd.*, 6, p. 81.) — Etude clinique sur l'athétose double, par Mikailowski. (*Thèse de Paris*, 28 avril.)

Avortement. — Avortement avec expulsion retardée et dégénérescence fibroïde

du placenta, par Millar. (*Edinb. med. journ.*, janvier.) — Etude clinique sur l'avortement multiple et en particulier sur l'avortement gémellaire, par Maygrier et Démelin. (*Arch. de tocol.*, février.) — L'assa fœtida contre l'avortement habituel, par Turazza. (*Cent. f. Gynaek.*, 5 mars.) — Intervention opératoire dans les avortements, par Walther. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 septembre 1891.) — Traitement de l'avortement, par Bonifield. (*Americ journ. of obst.*, janvier.)

B

Bactériologie. — De la recherche des principaux microbes dans la pratique journalière de la médecine, par Rougé. (*Bull. méd.*, 6 mars.) — Le microbe, la cellule, propriétés communes, par Charrin. (*Semaine méd.*, 10 février.) — Bactériologie et thérapeutique, par Charrin. (*Bull. méd.*, 10 avril.) — Les principes de la bactériologie, par Abbott. (*Philadelphie.*) — Sur la nature et l'action des enzymes produits par les bactéries, par Macfadyan. (*Journ. of anat.*, avril.) — Ferments-Trypsine des microorganismes, par Fermi. (*Centralblatt für Physiologie*, V, 17, p. 481.) — Contribution à l'étude des propriétés antiseptiques des organismes supérieurs, par M. Traube. (*Centralbl. für klin. Med.*, 52, 1891.) — La concurrence vitale en bactériologie, par Charrin. (*Semaine méd.*, 2 mars.) — Recherches expérimentales sur l'élimination des microbes par l'urine, par Enriquez. (*Bull. méd.*, 31 janvier, et *Soc. de biol.*, 30 janvier.) — Préparation et action des extraits bactériens contenant des protéines, par Friedrich Rœmer. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 décembre 1891.) — Contribution expérimentale à la loi d'adaptation des microorganismes dans les milieux antiseptiques, par Trambusti. (*Sperimentale*, XLVI, 1.) — Etat des bactéries mobiles dans les solutions de sel neutre, par A. Wladimiroff. (*Zeitschr. f. Hyg.* X et *Hygienische Rundschau,* I, 906.) — Sur quelques matières colorantes solubles produites par les bactériacées, dans les eaux médicinales, par Viron. (*Acad. des sc.*, 25 janvier.) — Sur la vitalité des germes des organismes microscopiques des eaux douces et salées, par Certes. (*Acad. des sc.*, 22 février.) — Des méthodes de coloration des bactéries de l'épiderme corné, par Unna. (*Ibid.*, 2 novembre 1891.) — De la différenciation histologique à l'aide de la double coloration simultanée sans décoloration, par von Sehlen. (*Ibid.*, *id.*) — Sur la nature des cristaux et des gaz qui prennent naissance dans les cultures de l'urobacillus septicus non liquæfaciens, par Chabrié. (*Soc. de biol.*, 27 février.) — Tubes de porcelaine et filtration des solutions microbiennes, par Arloing. (*Lyon méd.*, 28 février.) — Sur l'action du produit soluble du bacille pyocyanique, par Morat. (*Arch. de phys.*, IV, 2.) — Recherches expérimentales sur les propriétés de forme, de culture et de virulence des divers streptocoques, par von Lingelsheim. (*Zeitschrif. f. Hyg.* X et *Hygienische Rundschau*, 1875.) — Sur la toxicité des produits solubles du staphylocoque pyogène, par Rodet et Courmont. (*Soc. de biol.*, 23 janvier.) — Lésion du tibia avec déplacement de la rotule déterminée par une injection de streptocoques puerpéraux, par Dor et Pollosson. (*Lyon méd.*, 27 mars.) — Un bacillus coli ne faisant pas fermenter la lactose, par G. Roux. (*Lyon méd.*, 27 mars.) — Sur la mutabilité de quelques caractères biologiques du bacterium coli commune, par Burci. (*Riv. gen. ital. di clin. med.*, 31 mars.) — Les bactéries de l'intestin grêle chez l'homme, par Mac Fadyan. (*Rev. d'hyg.*, X 736.)

— Etude de la virulence du bacterium coli commune, par LESAGE et MACAIGNE. (*Soc. de biol.*, 30 janvier.) — Action de l'antipyrine sur le bacillus coli commune, par ROUX. (*Lyon méd.*, 14 février.) — Difficultés pour caractériser un microbe ; les variations du tubercule, par CHARRIN. (*Gaz. hebd. Paris*, 27 février.) — Cultures pures du bacille tuberculeux et d'autres bactéries obtenues directement des crachats, par KITASATO. (*Zeit. f. Hyg.*, XI, p. 4 41.) — Ascococcus gangrenosus, un cas de gangrène avec étude bactériologique, par BEVAN. (*Med. news*, 2 avril.)

Bain. — Du bain électrique, par HEDLEY. (*Brit. med. j.*, 20 février.)

Bassin. — Mensuration du bassin, par LANDERER. (*Zeit. f. Geburts,* XXII, 1.) — Note concernant les axes de l'excavation pelvienne, par FALLOT. (*Arch. de tocol.*, janvier.) — Du bassin cyphotique, par TREUB. (*Arch. de tocol.*, mars.) — Bassin rétréci généralement, incision du col et incision vagino-périnéale, application de forceps au détroit supérieur, par DUHRSSEN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 octobre 1891.) — Trois bassins à double ankylose sacro-iliaque dont un avec rétrécissement antéropostérieur, par SABATIER. (*Lyon méd.*, 17 janvier.) — De la thérapeutique conservatrice dans les inflammations pelviennes, par COCHEZ. (*Thèse de Paris*, 7 avril.) De l'élévation du bassin dans les opérations gynécologiques, par SCHAUTA. *Wiener med. Woch.*, 2 janvier.) — De la symphyséotomie, par CHARPENTIER. (*Bull. Acad. de méd.*, 15 mars.)

Biliaire. — Sur la circulation entéro-hépatique de la bile, par WERTHEIMER. (*Soc. de biol.*, 19 mars.) — De l'action antiseptique de la bile par LÉTIENNE. (*Arch. gén. de méd.,* février.) — Etude sur la lithiase biliaire avec ou sans ictère, par RIEDEL. (*Berlin.*) — Infection biliaire, pancréatique et péritonéale, par le bacterium coli commune, mécanisme spécial de ces accidents dans le cours d'une cholélithiase, par GIRODE. (*Soc. de biol.*. 5 mars.) — Procédé d'examen des substances cholagogues, leur action dans l'ictère et la lithiase biliaire, par SIEGFRIED ROSENBERG. (*Berlin. klin. Wochens.*, 24 et 31 août 1891.) — Fièvre intermittente dans la lithiase biliaire, par RICHARD SCHMITZ. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 septembre 1891.) — Ictère par rétention biliaire due à l'obstruction du canal cholédoque par une membrane de kyste hydatique, infection par le bacterium coli, par LE GENDRE et RAOULT. (*Soc. anat. Paris*, mars, p. 203.) — Les calculs biliaires, traitement par de hautes doses d'huile, par GOODHART. (*Brit. med. Journ.*, 30 janvier.) — Kyste du péritoine par inclusion de calcul biliaire, par MC CASEY. (*Med. News*, 12 mars.) — Dilatation des voies pancréatiques et biliaires sous la dépendance d'un calcul arrêté dans le canal cholédoque, par PHULPIN. (*Soc. anat.*, 15 janvier.) — Chirurgie des voies biliaires, par ABBE (*N. York med. Journ.*, 30 janvier.) — Cholécystocolotomie, par CHAVASSE. (*Lancet*, 12 mars.) — Ictère chronique avec oblitération du canal cholédoque, cholécystotomie, par BRODIER (*Soc. anat.*, février, p. 94.) — Plusieurs cas de cholécystotomie, par VAN DER VEER. (*New York med. Record*, p. 645, novembre 1891.) — Un cas de calcul biliaire, cholécystotomie, fistule duodénale, guérison par ADAMS. (*Boston med. Journ.*, janvier, p. 55.) — Cholécystotomie avec cholélithotritie, mort de grippe au 2e jour, par SEYMOUR. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 23 janvier.)

Blennorragie. — Nouvelle contribution à l'étude de l'albuminurie compliquant les phases aiguës de la blennorragie, par BALZER et SOUPLET. (*Ann. de dermat.*, III, 2.) — De l'ophtalmie blennorragique, par TROUSSEAU. (*Gaz. des hôp.*, 19 janvier.) — Manifestations spéciales et névroses, hystérie dans la blennorragie, par RAYNAUD. (*Rev. de méd.*, mars.) — Arthrite mono-articulaire

consécutive à une vulvite à gonocoque, chez une petite fille de 2 ans, par Lop. (*Gaz. des hôp.*, 7 avril.) — Arthrite sterno-claviculaire d'origine blennorragique, par Thibierge. (*Semaine méd.*, 23 mars.) — Du traitement du rhumatisme blennorragique par les injections hypodermiques de sublimé, par Arnaud. (*Bull. de thérap.*, 15 mars.) — Des périurétrites blennorragiques, par Desquerre. (*Thèse de Bordeaux.*) — Epididymite blennorragique terminée par suppuration, par Eraud. (*Soc. franç. de dermat.*, 28 janvier.) — Epididymite blennorragique suppurée, par Lewin. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 octobre 1891.) — Nouveau traitement de l'orchi épididymite blennorragique par les lavages antiseptiques de l'urètre, par Boureau. (*Ann. de méd.*, 2 mars.) — De la péritonite blennorragique chez l'homme, par Horovitz. (*Wiener med. Woch.*, 9 janvier.) — De la péritonite blennorragique chez la femme, périmétrite, périsalpingite, par Charrier. (*Thèse de Paris*, 11 février.) — Des conséquences de l'infection blennorragique chez la femme, par Rosthorn. (*Prager med. Woch.*, 13 janvier.) — Blennorragie rectale, trois cas, par Tuttle. (*New York med. journ.*, 2 avril.) — La prophylaxie de la gonorrée, par Martin. (*Therap. gaz.*, 15 mars.) — Traitement de la blennorragie, par Henry. (Suppression de toute médication interne). (*Revue méd. Suisse romande*, XI, p. 709.) — Traitement de la blennorragie, par Kyle. (*Therap.gaz.*, 15 mars.) — Traitement de la blennorragie par les balsamiques, en particulier par le rétinol, par Dubois. (*Thèse de Paris*, 20 janvier.) — Nouveau traitement de la blennorragie aiguë, par Cotes; note sur l'action de ce traitement et l'action des injections antiseptiques, par Slater. (*Lancet*, 27 février.) — Les capsules d'essence de santal dans la cystite et la blennorragie, par Brandenberg. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 novembre 1891.)

Branchie. — Sur deux observations de fistule branchiale, par Février, rapport de Berger. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 75 et 80.)

Bronche. — Diagnostic entre la broncho pneumone aiguë et la bronchite, par Holt. (*Arch. of pædiatrics*, 12, 1891.) — Bronchopneumonie infectieuse d'origine intestinale, par Sevestre. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 janvier.) — De la tuberculose des grosses bronches, par Vincenzi. (*Arch. per le sc. med.*, XV, 4.)

Brûlure. — De la combustion dite spontanée, par Hartwell. (*Boston med. journ.*, 11 fév.) — Quelques considérations sur le pronostic général des brûlures, par Zilgien. (*Mercredi méd.*, 9 mars.) — Traitement des brûlures par le salol camphré, par Larue. (*Thèse de Paris*, 24 mars.)

C

Cancer. — Recherches sur la parasitisme intra-cellulaire des néoplasies cancéreuses, par Soudakewitch. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 3.) — Répartition géologique des cancers féminins en Angleterre, par Haviland. (*Rev. d'hyg.*, XIII, 882.) — Distribution anomale du cancer secondaire, par Pye Smith. (*London pathol. Soc.*, 5 avril.) — Du cancer primitif symétrique, par Mandry (*Beit. z. klin. Chir.*, VIII, 3.) — Sur la désorientation de la cytodiérèse dans les cancers épithéliaux, par Fabre-Domergue. (*Soc. de biol.*, 20 février.) — La théorie parasitaire du cancer, par Cazin. (*Arch. de

méd., janvier.) — Sur un mode de formation cellulaire intranucléaire pouvant éveiller à tort l'idée de parasites dans l'épithélioma, par Borrel (*Soc. de biol.*, 9 janvier.) — Note sur une épidémie cancéreuse, par Fiessinger. (*Gaz. méd. Paris*, 5 mars.) — Recherches histologiques sur la pathogénie du cancer, par Nepveu. (*Marseille médical*, p. 41.) — Des greffes cancéreuses, par Duplay et Cazin. (*Semaine méd.*, 17 février.)

Cellule. — La karyokynèse et la pathologie cellulaire, par David Hansemann. (*Berlin. klin. Wochens.,* 13 octobre 1891.) — L'état actuel de la pathologie cellulaire, par Rud. Virchow. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXVI, 1.) — Le protoplasma et l'irritabilité, par Edouard Strasburger. (*Iena.*) — De la chimotaxie, par C. Weigert. (*Hygienische Rundschau*, n° 15, p. 589, 1891.) — De la phagocytose, par Queyrat. (*Rev. de méd.*, janvier.) — Discussion sur la phagocytose et l'immunité à la société pathologique. (*Brit. med. j.*, 20 février.) — Remarques sur la discussion sur la phagocytose et l'immunité, par Ruffer. (*Brit. med. j.*, 19 mars.) — Recherches physiologiques sur les chromatophores des céphalopodes, par Phisalix. (*Arch. de phys.*, IV, 2.) — Le corps intermédiaire de Flemming dans les cellules séminales de la scolopendre et de la lithobie, par Prenant. (*Arch. de phys.*, IV, 2 et *Soc. de biol.*, 27 février.)

Cerveau. — Sur l'histologie de la glande pituitaire, par Saint Remy. (*Acad. des sc.*, 28 mars.) — Développement des fibres tangentielles du cerveau, par Vulpius. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIII, 3.) — Sur la circulation artérielle du pédoncule cérébral, par Alezais et d'Astros. (*Soc. de biol.*, 2 avril.) — L'axe cérébro-spinal comme centre thermique, par Richardson. (*Journ. of ment. sc.*, janvier.) — Recherches expérimentales et anatomo-pathologiques sur les centres et conduits optiques, étude clinique sur l'hémianopsie corticale et l'alexie, par von Monakow. (*Arch. f. Psychiat.,* XXIII, 3.) — Les localisations cérébrales en rapport avec la thérapeutique, par Ferrier. (*Edinb. med. journ.*, avril.) — Cécité psychique expérimentale chez le chien, par Richet. (*Soc. de biol.*, 20 février.) — Sur la perte du sens moral chez le chien, par Féré. (*Ibid.*) — Des lésions cérébrales dans la cécité psychique et expérimentale chez le chien, par Richet. (*Soc. de biol.*, 19 mars.) — Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique des différentes variétés de cécité verbale, par Déjerine. (*Ibid.*, 19 mars.) — L'état actuel de la question de l'aphasie, par C. Moeli. (*Berlin. klin. Wochens.*, 23 et 30 novembre.) — Aphasie causée par une hémorragie sous-dure-mérienne, opération, guérison, par Bremer et Carson. (*Americ. j. of med. sc.*, février.) — Sur un cas de cécité verbale avec agraphie suivie d'autopsie, par Sérieux. (*Soc. de biol.* 23 janvier.) — Hémorragie primitive des ventricules latéraux, par Dana. (*Journ. of nerv. dis.*, janvier.) — Cerveau d'apoplectique ayant offert la rigidité des pupilles de Wernicke, par Leyden. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 octobre 1891.) — 2 cas de thrombose cérébrale, par Mc Caskey. (*Med. News*, 13 février.) — Hémianesthésie sans hémiplégie consécutive à un traumatisme cérébral n'intéressant que les faisceaux sensitifs, par Reymond. (*Soc. anat.*, 15 janvier.) — Endartérite chronique d'une artère vertébrale. Pas d'artère basilaire. Paralysie du moteur oculaire externe droit. Troubles de la déglutition. Troubles de l'équilibration, par Vergely. (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 mars.) — Squirrhe du cerveau consécutif à un cancer du sein, par Wilson. (*Lancet*, 27 février.) — Des tumeurs du corps calleux, par Giese. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIII, 3.) — Tumeur du cerveau et de la couche optique gauche, par Lloyd. (*Med. News*, 30 janvier.) — Tumeur du troisième ventricule, un cas de sarcome, par Dana. (*Journ. of nerv. dis.*, mars.) — Tumeur du cerveau, par Stedman Bull. (*N. York med. journ.*, 9 janvier. —

Contribution à l'étude des tumeurs de l'hypophyse, par Hippel. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XXVI, 1.) — Tubercules cérébraux, par Jaccoud. (*Semaine méd.*, 10 février.) — Abcès du cerveau, par Constantin. (*Journ. méd.*, *Bordeaux*, 20 mars.) — Un cas de microcéphalie, craniotomie, mort, par Binnie, relevé de 49 opérations avec 13 morts. (*Med. soc. of. Missouri valley*, 17 mars.) — Porencéphalie, trépanation, mort de scarlatine, par Lloyd. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — Guérison d'un abcès cérébral, par Carl Lohmeyer. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 septembre 1891.) — Abcès cérébral, enfant de 5 ans, trépanation, guérison, par Murray. (*Brit. med. j.*, 13 février.) — Traitement de la phlébite suppurée de la jugulaire et du sinus latéral, par Parker. (*Liverpool med. chir. Journ.*, 22, 1891.) — Suite de la commotion cérébrale, par Friedmann (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 septembre 1891.) — Physiologie, pathologie et chirurgie de l'écorce cérébrale, par Goldstein. (*Schmidt's Jahrb.*, 1.) — Ponction lombaire de l'hydrocéphalie, par H. Quincke. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 et 28 septembre 1891.) — Du traitement chirurgical de l'hydrocéphalie, par Phocas. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, février.)

Cervelet. — De l'activité fonctionnelle du cervelet, par Borgherini et Galleroni. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 1.) — Tumeur du cervelet, trépanation pour diminuer la pression intracranienne, par Knapp. (*Journ. of nerv. dis.*, février.)

Césarienne (Op.). — Opération césarienne pour cancer de l'utérus et du vagin, par Bogdanik. (*Cent. f. Gynaek.*, 13 février.) — Opération de Porro avec pédicule rétropéritonéal, p. V. Woerz. (*Ibid.*, 6 février.) — Opération césarienne pour un cas de physométrie, par Eckerlein, (*Ibid.*, 27 février). — Femme ayant subi deux fois avec succès l'opération césarienne par la méthode de Saenger, par Falaschi. (*Broch. Sienne*). — Placenta prævia, opération césarienne, par Sligh. (*Americ. j. of obst.*, février.) — Opération césarienne, par Ledru. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 138.) — Opération césarienne et ostéomalacie, par Guéniot. (*Bull. acad. méd.*, 9 février.)

Chancre. — De la virulence du chancre simple et du bubon consécutif, de leur traitement par l'eau chaude, par Fournes. (*Thèse de Bordeaux.*) —

Charbon. — De la transmission héréditaire de caractères acquis par le bacillus anthracis sous l'influence d'une température dysgénésique, par Phisalix (*Acad. des sc.*, 21 mars.) — Effets de l'inoculation du bacillus anthracis sur la cornée d'un lapin, par Straus. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 2 et *Soc. de biol.*, 20 février.) — L'influence du virus charbonneux sur la tuberculose, par Bokenham. (*Brit. med. j.*, 27 février.) — Etude du charbon, par Wyssokowitsch. (*Cent. f. Chir.*, 9 janvier.) — Albumoses produites par le bacille du charbon, toxiques et vaccinantes, par Landi. (*Riv. gener. Ital. di clin. medic.*, nº 20. 1891.) — Dangers que le charbon des animaux fait courir aux ouvriers des différents corps de métiers, par Chauveau. (*Rev. d'hyg.*, XIII, 761.)

Chimie. — Traité de chimie physiologique, par Olof Hammarsten. (*Wiesbaden*, 1891.)

Chirurgie. — Le traitement consécutif en chirurgie, par Roberts. (*Americ. j. of med. sc.*, mars.)

Chlorose. — Phlébite et chlorose, par Bourdillon. (*Thèse de Montpellier.*)

Choléra. — Recherches expérimentales sur les poisons du choléra, par Gamaleia. (*Arch. de méd. exp.*, IV, 2.)

Chorée. — Chorée gravidique, par Mc Cann. (*Transact. obst. soc. London*, XXXIII, p. 413.) — Etat de l'utérus dans la chorée gravidique, par Hicks. (*Ibid.*, p. 486.) — Types principaux d'observations de chorées rhumatismales recueillies de 1845 à 1850, par G. Sée. (*La médecine moderne*, 21 et 28 janvier.) — De la chorée arythmique hystérique, par Dettling. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Discussion de la société de psychiatrie de Berlin sur la chorée héréditaire. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 septembre 1891.) — Le traitement de la chorée dans les hôpitaux de Paris, par Baudouin. (*Semaine méd.* 9 mars.) — Chorée traitée par le chloral, par Baskett (*Lancet*, 9 avril.)

Choroïde. — Du leuco-sarcome de la choroïde, par Lagrange. (*Arch. d'opht.*, janvier.) — Leucosarcome de la choroïde, par Dutilleul. (*Bull. méd. du Nord*, 1.)

Circulation. — L'examen du pouls normal et pathologique, par M. von Frey. (*Berlin.*) — Ralentissement anormal du pouls avec autopsie, par Aron. (*Berlin. klin. Wochens.*, 22 juin 1891.) — Physiologie et pathologie générale de l'appareil circulatoire, par Basch. (186 pages, Vienne.) — Essai sur le pouls lent permanent et sa pathogénie, par Delalande. (*Thèse de Paris*, 6 avril.) — Du souffle intermittent crural et de la circulation chez le vieillard, par Fohanno. (*Thèse de Lyon*, janvier.)

Climat. — Le climat des Bermudes, par Matthews. (*N. York med. Journ.*, 2 janvier.) — Remarques sur la Riviera, par Peterson. (*N. York med. journ.*, 2 avril.)

Cœur. — De l'auscultation du cœur, par Castelain (*Bull. méd. du Nord*, 2; p. 21.) — L'auscultation rétro-sternale dans les maladies cardio-aortiques, par Boy-Teissier. (*Rev. de méd.*, mars et *Rev. gén. de clin.*, 3.) — Physiologie et pathologie du cœur, par Roy et Adami. (*Lancet*, 27 fév.) — De la dyspnée cardiaque, par Leyden. (*Berlin. klin. Wochens*, 12 octobre 1891.) — La dyspnée toxique dans les cardiopathies, par Tournier. (*Rev. gén. de clin.*, n° 51, 1891.) — La dyspnée cardiaque, étude clinique et thérapeutique, par Fournier. (*Thèse de Paris*, 18 fév.) — Du rythme mitral, par Potain. (*Semaine méd.*, 16 janv.) — Nyctalopie et insuffisance mitrale, par Marquié. (*Rev. gén. de clin.*, n° 53, 1891.) — Rétrécissement infundibulaire de l'artère pulmonaire d'origine congénitale, oblitération incomplète du trou de Botal, absence de cyanose, endocardite végétante au niveau du rétrécissement, par Laffitte. (*Soc. anat.*, 15 janv.) — Sur les troubles fonctionnels du cœur, un cas d'une durée de deux ans, par Lockwood. (*N. York med. journ.*, 27 fév.) — Étude des souffles extra-cardiaques de la pointe, par Dercle. (*Thèse de Lyon*, janv.) — Note sur le bruit cardiaque sanguin, par Garrod. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXVII, p. 33.) — Le pouls différent des artères radiales comme signe de rétrécissement de l'orifice veineux gauche du cœur, par Popow, (*Med. Obozren.*, XXVII, 1.) — Maladie du cœur, gangrène d'un poumon et des membres inférieurs, par Bonnet (*Lyon méd.*, 14 fév.) — Cyanose par absence de la cloison ventriculaire chez un homme de 36 ans, par Guttmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 décembre 1891.) — Cyanose par rétrécissement de l'artère pulmonaire chez une fillette de 11 ans, par Cassel et Wirchow, (*Ibid.*, 21 décembre 1891.) — Les endocardites infectieuses. (*Bull. méd.*, 13 janv.) — Endocardite ulcéreuse des valvules pulmonaires, par Chaplin. (*London path. Soc.*, 19 janv.) — Sur un cas d'endocardite infectieuse chronique simulant une affection congénitale du cœur, par Colleville et Bereaux. (*Union méd. nord-est*, n° 1.) — Endocardite de l'oreillette et rupture des cordages de la valvule

mitrale, par Sharples. (*Med. News*, 12 mars.) — Endocardite ulcéreuse, par Goldscheider. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 septembre 1891.) — Sur l'endocardite tuberculeuse, par Lion. (*France méd.*, 8 janv.) — Myocardites chroniques, par Thérèse. (*Gaz. des hôp.*, 19 mars.) — De la péricardite métapneumonique, par Saltet. (*Thèse de Lyon*, janv.) — De la péricardite des brightiques, par Merklen. (*Semaine méd.*, 6 avril.) — De l'embryocardie dissociée, rythme fœtal sans tachycardie, par Grasset (*Semaine méd.*, 16 mars.) — De la tachycardie essentielle paroxystique, par Winters Bannan. (*New York med. record*, décembre 1891.) — De la tuberculose dans les caillots cardiaques, par Birch-Hirshfeld. (*Berlin. klin. Woschens.*, 2 novembre 1891.) — Symptômes oculaires dans les affections intra-craniennes, par Oliver. (*Americ. j. of med. sc.*, fév.) — L'emploi de la digitale dans les affections aortiques, par Taylor. (*Brit. med. j.*, 2 avril.) — De la bradycardie, action de l'atropine sur le cœur sain et malade, par Dehio. (*St Petersb. med. Woch.*, 4 janv.) — Traitement de quelques douleurs cardiaques par la teinture de piscidia, par Liégeois. (*Soc. de Thérap.*, 27 janv.) — Un cas de ponction de l'oreillette droite du cœur, par J. Coats. (*Glasgow med. journ.* déc. 1891.) — Plaie du cœur, par Nové-Josserand. (*Lyon méd.*, 28 fév.) — Plaie pénétrante du cœur par instrument tranchant, hémorragie intra-péricardique. Mort quatre heures après la blessure, par Josserand. (*Gaz. des hôp.*, 16 janv.) — Rupture du cœur, par Roux. (*Lancet*, 6 fév.) — Rupture du ventricule gauche du cœur, par Bruce (*Journ. of ment. sc.*, janv.) — Rupture du cœur chez un mélancolique, par Nash. (*Ibid.*) — Rupture du cœur, par Mudd. (*Lancet*, 12 mars.) — Cancer squirrheux du cœur, par Cooper et Kingsford. (*Lancet*, 12 mars.)

Conjonctive. — Conjontivite à streptocoques, par Parinaud. (*Ann. d'ocul.*, fév.) — Sur la conjonctivite blennorragique des nouveau-nés chez un enfant venu au monde dans les membranes de l'œuf, par Nieden. (*Wiener med. Presse*, 3 janv.) — Trachome diffus, par Chevallereau. (*Soc. d'ophtalm.* Paris, 5 janv.) — Du traitement du trachome par l'expression, par Pooley. (*N. York med. journ.*, 13 fév.) — Le grattage dans le trachome, par Marple. (*New York med. record*, nov. 1891.) — Tuberculose de la conjonctive, mort par phtisie pulmonaire, par Motais. (*Soc. d'ophtalm.*, Paris, 8 mars.) — Kyste séreux traumatique de la conjonctive, par Verrey. (*Rev. méd. Suisse romande*, XI, 556.) — Xerosis de la conjonctive, son traitement, par Kollock. (*Therap. Gaz.*, 15 janv.)

Coqueluche. — De la mortalité par la coqueluche, par Dallas. (*Thèse de Bordeaux.*) — Antipyrine dans la coqueluche, par Smith. (*Med. News*, 9 janv.)

Cordon ombilical. — Cause de l'entortillement du cordon ombilical, par Allen. (*Journ. of anat.*, avril.) — 4 cas de procidence du cordon ombilical, par H. Walther. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 septembre 1891.)

Cornée. — Etude des images cornéennes ophtalmoscopiques, par Maddox. (*Edinb. med. journ.*, janv.) — Les processus de régénération de la cornée, par Eberth. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 novembre 1891.) — Kératite bulleuse, par Colburn. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 5 mars.) — Un cas de kératocone avec pulsation distincte de la cornée, par Gullstrand. (*Nord opht. Tidjsk.* IV, 3 et *Ann. d'ocul.*, mars.) — Fausses interprétations auxquelles a donné lieu l'herpès fébrile de la cornée, par E. Hagnauer. (*Thèse Zurich*, 1891.) — Nature microbienne des ulcérations de la cornée, par Gillet de Grandmont. (*Soc. d'opht.*, Paris, 2 fev.) — Des abcès de la

cornée, kératite prolongée, par Grosfilley. (*Thèse de Lyon*, janv.) — Astigmatisme hypermétropique considérable et simulant l'amaurose, survenu à la suite d'une brûlure du tiers interne de la cornée, par Grandclément. (*Lyon méd.*, 20 mars.) — Abcès traumatique de la cornée avec hypopyon; découverte ultérieure d'un corps étranger (pierre), par Verrey. (*Revue méd. Suisse romande* XI, 556.)—Traitement de l'ulcère de la cornée avec hypopyon, par Williams. (*Lancet*, 2 janv.) — L'aristol dans la kératite interstitielle, par Wallace. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.) — Deux cas de blessure de la cornée avec hernie de l'iris, par Waltham. (*Boston med. Journal*, février, p. 111.) — Traumatisme grave de la cornée, par Vignes. (*Rec. d'opht.*, janv.) — Traitement des ulcères de la cornée, par Bach. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 12 mars.) — Contribution au traitement des kératites, par Kroll. (*Berlin. klin. Wochens.*, 23 nov. 1891.) — Opération du staphylome de la cornée permettant la conservation de la membrane, par Trousseau. (*Soc. d'opht.* Paris, 8 mars.)

Corps étranger. — Corps étranger du larynx, laryngo-trachéotomie, guérison, par Holden. (*Brit. med. j.*, 12 mars.) — Extraction d'une aiguille implantée au niveau de la bifurcation de la trachée, par Schorler. (*Berlin. klin. Wochens*, 26 octobre 1891.) — Corps étranger des voies aériennes (vertèbre de pigeon) expectoré au bout de neuf mois après avoir causé une pleurésie séreuse droite, par Otz. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, p. 708.) — Une sangsue dans le larynx, par Aubert. (*Arch. intern. de laryng.*, V, 2.) — Corps étranger, morceau de pêche, resté pendant trois jours dans le pharynx, par Saint-Hilaire. (*Bull. soc. de laryng. de Paris*, II, 2.) — 4 cas de corps étrangers métalliques (or, acier, cuivre) de l'œil, par Haltenhoff. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, 557.) — De l'électro-aimant pour l'extraction des particules de fer ou d'acier dans les tissus, par Clifford Barrows. (*New York med. record*, p. 738, déc. 1891.) — Un cas d'extraction d'un morceau de fer intra-oculaire à l'aide de l'aimant, par Meyer. (*Ann. d'ocul.*, mars.) — Nouvelle opération pour l'extraction des corps étrangers de la caisse tympanique, par Bezold. (*Berlin. klin. Wochens.*, 7 septembre 1891.) — Balle de fusil séjournant 43 ans dans la cavité cranienne, par A. Saxer. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 septembre 1891.) — Os dans l'œsophage, hémorragie mortelle, par Williams. (*Manchester clin. soc.*, 19 janv.) — Dentier logé depuis plus d'un an dans l'œsophage; œsophagotomie externe, par Abbe. (*N. York med. journ.*, 17 mars.) — Corps étranger, cuiller, retiré de l'œsophage, par Leeper. (*Brit. med. journ.*, 2 avril.) — Corps étranger du rectum, verre à boire, par Marchant. (*Bull. soc. de chir.*, XVII, p. 757.) — Corps étranger de l'urètre chez l'homme, par Pluyette. (*Marseille médical*, 2; p. 69.) — Un curieux cas d'étranglement de la verge par corps étranger, par Chapuis. (*Gaz. hebd. Paris*, 16 janv.)

Cou. — Note sur la morphologie de la nuque, par A. Chipault et E. Daleine. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1891.)

Crâne. — Fracture de la base du crâne, par Schiller. (*Med. News*, 5 mars.) — Fracture comminutive du crâne, lésion du centre du bras, par Williams. (*N. York med. journ.*, 9 janvier.) — Fracture comminutive du crâne, lésion étendue du cerveau, hémorragie du sinus longitudinal supérieur, par Bensel (*Ibid.*, 16 janvier.) — Paralysie corticale après fracture de l'écaille occipitale, par Claes. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 septembre 1891.)— Perforation congénitale et symétrique des deux os pariétaux, par Greig. (*Journ. of anat.*, janv.)—Sur le traitement chirurgical

de la pression intra-cranienne par le liquide, par BATTY TUKE. (*Brit. med. j.*, 16 janv.) — Des plaies de tête soignées du 1er avril 1890 au 31 mars 1891, par KOEHLER. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIII, 2 et 3.) — Trépanation pour hémorragie de l'artère méningée moyenne, au point du contre-coup, par STEWART. (*Edinb. med. journ.*, fév.) — Fracture du crâne, aphasie, parésie faciale et brachiale, trépanation, guérison, par APPLEYARD. (*Lancet*, 13 fév.) — Fracture du crâne par enfoncement. Ablation de larges esquilles. Issue de la matière cérébrale. Encéphalocèle. Abcès cérébral tardif. Réduction de l'encéphalocèle, guérison, par TERRILLON. (*Progrès médical*, 30 janvier.) — Fracture du crâne à grand fracas à droite ; à gauche contracture du membre supérieur et parésie du membre supérieur ; à droite parésie et anesthésie du membre supérieur, contracture et hyperesthésie du membre inférieur, paralysie faciale droite ; contusion bipolaire de l'encéphale, foyer au niveau du pied de la deuxième circonvolution frontale gauche, par LANNELONGUE et MAUCLAIRE. (*Soc. anat. Paris*, mars, p. 185.) — Trépanation pour fracture du crâne, par CERNÉ. (*Normandie méd.*, 1er février.) — Fracture du crâne, hémorragie de la méningée moyenne, trépanation, guérison, par SUTTON. (*London clin. soc.*, 8 janv.) — Contribution à la chirurgie crânio-cérébrale ; trépanation et crâniectomie dans la microcéphalie, l'hydrocéphalie et l'épilepsie, par REVEL. (*Thèse de Montpellier.*) — Crâniectomie pour imbécillité due à la soudure prématurée des fontanelles et microcéphalie, par LANE. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 9 janv.)

Criminel. — Sur quelques anomalies de la verge chez les dégénérés criminels, par LAURENT. (*Arch. d'antrop. crimin.*, VII, 37.) — Physionomie du criminel d'après les savants et les artistes, par LEFORT. (*Thèse de Lyon*, janv.) — La femme criminelle et la prostituée, par C. LOMBROSO et S. OTTOLENGHI. (*Giornale R. Accad. di medic. Torino*, septembre 1891, p. 833.)

Cristallin. — Que faire contre la cataracte commençante ? par JACKSON. (*Med. News*, 18 juillet.) — Plusieurs formes rares de cataractes congénitales, par ZIEM. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, janv.) — La correction de l'aphakie, par DIMMER. (*Ibid.*, janv.) — Cataracte traumatique développée soudainement à la suite d'une commotion du cristallin, par BARSANTI. (*Rec. d'opht.*. janv.) — Guérison d'un aveugle de naissance. Opération de cataracte congénitale double chez un sujet de 15 ans, par BRIBOSIA. (*Arch. d'opht.*, janv.) — Traitement de la cataracte sénile, par H. BURNHAM. (*New York med. record*, p. 209, août 1891.)

D

Démographie. — La sémiologie des populations, par Mlle KAYSER. (*Thèse de Paris*, 27 janv.) — Coup d'œil historique sur la longue vie en Grèce, par B. ORNSTEIN. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXV, 2.)

Dent. — De l'antéversion et de la rétroversion dentaires chez l'homme, par POTTIER. (*Thèse de Paris*, 31 mars.) — Ce qu'il faut entendre par résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine, par CARRIÈRE. (*Thèse de Paris*, 31 mars.) — Les dents chez les fous et les dé-

ments, par A. DI LUZENBERGER. (*Ann. di nevrologia*, IX, 5 et 6.) — Pathogénie de la carie dentaire, par H. SEWILL. (*Revue d'hyg.*, XIII, 735.) — Traitement des douleurs et de la fluxion d'origine dentaire, par HUGENSCHMIDT. (*Semaine méd.*, 13 fév.) — L'électricité comme agent thérapeutique dans l'hyperémie et la congestion de la pulpe dentaire, par MARSHALL. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 janv.)

Désinfection. — De la désinfection, de ses agents et méthodes, par BEHRING. (*Zeitschr. f. Hyg.*, IX.) — Comment doit-on pratiquer la désinfection? par MÉRIGOT DE TREIGNY. (*Rev. gén. de Clin.*, nº 52, 1891.) — Des crésols comme agents désinfectants, par Ferdinand HUEPPE. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 novembre 1891.) — Le sublimé corrosif à titre de désinfectant contre le staphylocoque pyogène doré, par X.-C. ABBOTT. (*The Johns Hopkins Hospital Bullet.*, avril 1891.) — Expériences sur la valeur de quelques agents désinfectants, par O. BŒR. (*Zeitschr. f. Hyg.*, IX et *Hyg. Rundsch*, I, 725.) — Le service de désinfection de la rue des Récollets et le refuge de nuit du quai Valmy en 1891, par DU MESNIL. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXVI, 285.)

Diabète. — Sur quelques récentes recherches touchant l'acétonurie et la glycosurie expérimentales, par LUSTIG et ODDI. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 1.) — Le ferment glycolitique du sang et la pathogénie du diabète sucré, par SANSONI. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 1.) — Recherches sur le diabète, par TYLDEN. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 20 janv.) — Diabète expérimental, par HÉDON. (*Nouveau Montpellier méd.*, II, 1.) — Preuves de l'existence du diabète pancréatique, par HARLEY. (*Journ. of Anat.*, janv.) — Deux cas de diabète pancréatique, aigu et chronique, par HARLEY. (*Brit. med. J.*, 2 janv.) — Diabète pancréatique, par THIROLOIX. (*Thèse de Paris*, 11 fév.) — Le diabète pancréatique et les recherches expérimentales, par LAFFITTE. (*Gaz. des hôp.*, 2 janv.) — Du diabète sucré, par KALLAY. (*Cent. f. klin. Med.*, 28, 1891.) — Idem, par POSNER et EPENSTEIN. (*Ibid.*) — De la nutrition dans le diabète, par HANRIOT. (*Acad. des sc.*, 22 fév.) — La cachexie bronzée dans le diabète, par GONZALEZ. (*Thèse de Montpellier.*) — Diabète maigre d'origine solaire, antécédents névropathiques, glycosurie et azoturie énormes, cataracte double, tuberculose, pas d'altérations du pancréas, par THIROLOIX. (*Soc. anat. Paris*, mars, p. 196.) — Diabète sucré, complication rare, par HOLSTI. (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 3.) — Association du tabes avec le diabète sucré, par GUINON et SOUQUES. (*Arch. de neurol.*, janv.) — Du diabète d'origine palustre, par DUTIGNY. (*Thèse de Bordeaux.*) — Endartérite de l'aorte dans un diabète polysarcique avec lésions de toutes les voies urinaires supérieures, par VIRCHOW. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 décembre 1891.) — Traitement du diabète, par RALFE. (*London med. Soc.*, 14 mars.) — De l'intervention chirurgicale chez les diabétiques et de son innocuité avec l'emploi des méthodes antiseptiques, par VIDAL. (*Thèse de Lyon*, 9 janv.)

Digestion. — Digestion de la graisse, par RACHFORD. (*Americ. j. of med. sc.*, mars.)

Diphtérie. — Diphtérie humaine et diphtérie aviaire, épidémies concomitantes, par DEBRIE. (*Arch. de méd. milit.*, mars.) — Recherches expérimentales e anatomopathologiques de la diphtérie, par K. MIDDELDORPF et E.-C. GOLDMANN. (*Iéna.*) — De l'action des ferments solubles sur le poison diphtérique, par GAMALEIA. (*Soc. de biol*, 20 fév.) — Relations sur les épidémies de diphtérie en Norvège, par JOHANNESSEN. (*Wien. med. Presse*, 17 janv.) — Pathologie chimique de la diphtérie comparée à celle de l'anthrax, de l'endocar-

dite infectieuse et du tétanos, par Sidney Martin. (*Brit. med. J.*, 26 mars.) — Les symptômes nerveux du 1er stade de la diphtérie, par Dabney. (*Med. News*, 16 janv.) — Phlegmatia alba dolens dans la diphtérie, par Schnell. (*Marseille méd.*, nº 17, 1891.) — Traitement de la diphtérie, par Stein. (*Therap. Monats.*, avril.) — Nouveau traitement antiseptique de la diphtérie, par l'antipyrine, par Vianna. (*Soc. de biol.*, 26 mars.) — A propos du traitement de la diphtérie, par Barbier. (*France médicale*, I, p. 1.) — Du traitement de la diphtérie en Amérique, par Jacobi. (*Wiener med. Presse*, 10 janv.) — Diphtérie traitée par l'emploi précoce des bactéricides, par Reyburn. (*Med. News*, 5 mars.) — Traitement de la diphtérie, discussion de la Société de Saint-Pétersbourg. (*St Petersb. med. Woch.*, 8.) — Traitement de la diphtérie par l'injection de l'albumose de l'érysipèle, par Gilbert Bannatyne. (*Glasgow med. Journ.*, p 211, sept. 1891.) — Tubage dans la diphtérie, par Taylor. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 16 janv.) — Un cas de croup traité par l'intubation, guéri par la trachéotomie, par d'Astros. (*Marseille méd.*, 30 janv.)

Dysentérie. — La dysentérie amœbique, par Councilman et Lafleur. (*John Hopkins hosp. Rep.*, déc. 1891.)

E

Eau. — Contribution à l'étude bactériologique des eaux, par Rossi. (*Genève.*) — Examens bactériologiques d'eaux potables par O. Wyss. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Ærzte*, 15 novembre 1891.) — De l'état actuel de la question de l'eau au point de vue de l'hygiène, par Jolles. (*Wiener med. Presse*, 14 février.) — Distribution dans les villes de deux eaux de qualité différente par des canalisations distinctes, par Bechmann. (*Revue d'hyg.*, XIII, 815.) — Les eaux de boisson et la fièvre typhoïde à Brest, par O. du Mesnil. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXVI, 138.) — Les eaux consommées à Toulon, Lorient, Rochefort et la fièvre typhoïde dans l'armée de mer, par O. du Mesnil. (*Ibid.*, XXVI, 318.) — Analyse bactériologique des eaux. Méthode de culture sur les solides, par Gabriel Roux. (*Ibid.* XXVI, 401,) — Pollution de rivières par les eaux résiduaires des fabriques de sucre, par Guchez. (*Mouvement hygiénique*, VII, 349.) — Rapport sur l'épuration des eaux résiduaires des fabriques de sucre, par L. Petermann. (*Ibid.*, VII, 396.) — Souillure d'une conduite d'eau potable par le crénothrix kühniana, par Bonvetigna et A. Sclavo. (*Ibid.*, VII, 424.)

Eclampsie. — Causes de l'éclampsie puerpérale, par Alexandre Favre. (*Revue méd. Suisse romande*, VI, p. 712.) — Toxicité du sérum sanguin dans deux cas d'éclampsie puerpérale, par Tarnier et Chambrelent. (*Soc. de biol.*, 27 février et *Gaz. des hôp.*, 22 mars.) — De l'éclampsie et de l'albuminurie des femmes enceintes, par Sandwoord. (*New York med. Record*, p. 197; août 1891.) — Théorie de l'éclampsie, par V. Herff. (*Cent. f. Gynaek.*, 26 mars.)— Faits à l'appui de la nature microbienne de l'éclampsie puerpérale, par Combemale et Bué. (*Soc. de biol.*, 19 mars.) — Des modifications anatomiques du rein dans l'éclampsie puerpérale, par Prutz. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIII, 1.) — Eclampsie postpuerpérale chez une primipare, mort, par Rouvier. (*Arch. de tocol.*, février.) — Traitement préventif de l'éclampsie puerpérale par le chloral longtemps continué, par Arnaud. (*Gaz. des hôp.*, 25 février.)

Ecthyma. — Ecthyma de la verge simulant un chancre syphilitique chez un enfant de 15 mois, dont les parents sont atteints d'accidents syphilitiques, par Feulard. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 janvier.) — De l'ecthyma par Thibierge. (*Ann. de méd.*, 2 mars.)

Eczéma. — Traitement des eczémas, par Besnier. (*Semaine méd.*, 13 janvier.)

Electricité. — L'électrothérapie en Amérique par Rockwell. (*Med. News*, 23 janvier.) — Electrolyse et catalyse, par Graeupner. (*Breslau*, 1891.) — Contributions cliniques à l'électrothérapie, par C.-W. Muller. (*Wiesbaden.*) Précis d'électricité médicale, par Chardin et Foveau de Courmelles. (In-12, *Paris.*) — Les courants électriques de même sens et les courants alternatifs; leurs dangers, par W. Wedding. (*Hyg. Rundsch.*, I, 811.)— Utilisation médicale des courants alternatifs à haut potentiel, par Gautier et Larat. (*Acad. des sc.*, 29 janvier *et Soc. de biol.*, 19 mars.)— Résistance électrique des tissus et du corps humain à l'état normal et pathologique, par Castex. (*Thèse de Montpellier.*)—De l'électrolyse médicamenteuse cutanée, par Brivois. (*Soc. de biol.*, 2 avril.) — De l'éclairage électrique des cavités internes, par Heryng. (*Therap. Monats*, mars.) — De l'éclairage électrique de l'estomac et de l'intestin, par Heryng et Reichmann. (*Ibid.*) — Electropuncture, ses modifications, sa valeur dans le traitement des fibromes utérins, par Massey. (*Med. News*, 6 février.) — Mort par choc électrique, par Buchanan. (*Lancet*, 19 mars.) — La lumière électrique, ses effets sur les yeux, par Hartridge. (*Brit. med. j.*, 20 février.) — Emploi des courants faradiques en gynécologie, par Theilhaber. (*Münch. med. Woch.*, 12 janvier.)

Embolie. — Étude clinique et expérimentale sur l'embolie de l'artère pulmonaire, par Landgraf. (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 3.) — Embolie pulmonaire chez une femme porteur d'un sarcome volumineux de l'oreille droite, par Bureau. (*Soc. anat.*, 22 janvier.) — Embolie bilatérale de l'artère cérébrale moyenne, par Eisendrath. (*Med. News*, 13 février.)— Embolie graisseuse, par Whitney. (*Boston med. journ.*, 18 février.)

Embryologie. — Sur quelques anomalies de développement de l'embryon humain, par Giacomini. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 1.) — L'importance nutritive du sac jaune, par Robinson. (*Journ. of anat.*, avril.) — Sur la constitution de l'endoderme des mammifères, par Henneguy (*Soc. de biol.*, 2 avril.)

Empoisonnement. — Empoisonnement par l'acide phénique, par Kingsford. (*Lancet*, 2 avril.) — Empoisonnements foudroyants par l'acide phénique, par Couteaud. (*Gaz. hebd. Paris*, 2 avril.) — Nature et origine de l'oblitération des vaisseaux dans l'empoisonnement par l'arsenic, par R. Heinz. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXVI, 3.) — Inhalation de fumée de roburite; mort, par Hatton. (*Lancet*, 19 mars.) — Empoisonnement par le sublimé chez les accouchées, par Aronsohn. (*Therap. Monats.*, février.) — Empoisonnement par le bichromate de potasse, par Philipson. (*Lancet*, 16 janvier.) — Sextuple empoisonnement accidentel par l'aconitine ; trois morts, par Vibert. (*Soc. de méd. lég.*, 14 mars.) — Recherches sur les causes de la mort par la cocaïne, par Maurel. (*Bull. de thérap.*, 15 mars.) — Sur le cocaïnisme, par Norman. (*Journ. of ment. sc.*, avril.) — Empoisonnement par la cocaïne, par Wessinger. (*New York med. journ.*, 26 mars.) — De la conduite à tenir dans un empoisonnement aigu par la cocaïne, par Eloy. (*Rev. gén. de clin.*, n° 53, 1891.) — Empoisonnement par le haschisch, par Weill. (*Lyon méd.*, 31 janvier.) — De la résistance du singe à l'empoisonnement par l'atropine, par Richet. (*Soc. de biol.*, 19 mars.) — Empoisonnement par l'homatropine dans un examen de réfraction, ar Porley. (*Med.*

News, 23 janvier.) — Empoisonnement par l'hyoscyamine, par Schæfer. (*Therap. Monats.*, février.) — L'emploi de l'hyoscine, un cas d'empoisonnement par le bromhydrate, par Gray. (*Brit. med. journ.*, 2 avril.) — Empoisonnement par l'hyoscine traitée par la pilocarpine, par Evans. (*Lancet*, 9 avril.) — Observations d'empoisonnements par l'exalgine, le chanvre indien, l'arsenic et le camphre, par Prentiss. (*Therap. gaz.*, 15 février.) — Deux cas d'empoisonnement par l'atractylis gummifera, par Courcenet. (*Arch. de méd. milit.*, avril.) — L'empoisonnement par l'extrait de fougère mâle au point de vue médico-légal, par Paltauf. (*Prager med. Woch.*, 5 et 6 et *Gaz. hebd. Paris*, 12 mars.) — Empoisonnement par l'exalgine, par Gilray. (*Brit. med. journ.*, 20 février.) — Quatre cas d'empoisonnement, par le sulfonal par Gilbert. (*Berlin. klin. Wochen.*, 14 septembre 1891.) — Loi de l'absorption de l'oxyde de carbone par le sang d'un mammifère vivant, par Gréhant. (*Acad. des sc.*, 8 février et *Soc. de biol.*, 20 février.) — Six cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone, par Dacosta. (*Med. News*, 16 janvier.) — Des empoisonnements par les viandes, par Edward Ballard. (*Rev. d'hyg.*, XIII, 737.)

Enfant. — Leçons sur les maladies des enfants, par E. Henoch. (6e édition, *Berlin.*) — La maladie chez les jeunes enfants, par Ballantyne. (*Brit. med. j.*, 13 février.) — Manuel de pathologie et de clinique médicale infantile, par Mercier. (720 p., *Paris.*) — Une visite aux principales cliniques infantiles d'Europe, par Voute. (124 p., *Bruxelles.*) — Formulaire pour les maladies de l'enfance, par O. Seifert. (2e édition. *Wiesbaden.*) — Études sur la pathologie fœtale et la tératologie, par Ballantyne. (*Edinb. med. journ.*, mars.) — La situation du cœcum chez l'enfant, par Legueu. (*Soc. Anat.*, 5 février.) — Structure de l'intestin chez l'enfant, par Gundobin. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIII, 4.) — Recherches sur les conditions physiques et mentales des enfants des écoles, par Warner. (*Brit. med. j.*, 12 mars.) — L'influence des impressions maternelles sur le fœtus, par Drzewiecki. (*Rev. de l'hypnot.*, janvier.) — De certains états pathologiques ayant une influence sur le développement intellectuel des enfants en cours d'éducation, par Ferraud. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'atrophie nucléaire infantile, par Moebius. (*Münch. med. Woch.*, 12 janvier.) — Maladie de Little, rigidité spasmodique congénitale des membres, par Dejerine. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, avril.) — De l'influence des bains et de l'atmosphère marine, sur la tuberculose cérébrale chez les enfants, par Dubrisay. (*Union médicale*, 9 janvier.) — Essai sur la bronchite des enfants, par Marfan. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, avril.) — Des bronchopneumonies infectieuses d'origine intestinale chez l'enfant, par Renard. (*Thèse de Paris*, 6 avril.) — Gangrène du poumon, suite de pneumonie chez un enfant de 22 mois, par de Jersey. (*Lancet*, 2 janvier.) — La tuberculose chez les enfants, par Aviragnet. (*Thèse de Paris*, 31 mars.) — Tuberculose du premier âge, tuberculose diffuse, par Aviragnet. (*Bull. méd.*, 24 janvier.) — Traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant, par Breton. (*Rev. mal. de l'enf.*, février.) — De l'hémoptysie foudroyante par perforation vasculaire chez l'enfant au cours de l'adénopathie trachéobronchique, par Jeanselme. (*Ibid.*, février.) — Lymphadénite rétropharyngée chez un enfant de huit mois, suffocation, trachéotomie, guérison par Bokai. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIII, 3.) — Résultats des injections de Koch dans la scrofulose et la tuberculose des enfants, par Escherich. (*Ibid.*, XXXIII, 4.) — Remarques sur les affections du cœur chez l'enfant, par Sturges. (*Lancet*, 19 mars.) — De l'hypertrophie cardiaque compensatrice chez les enfants, par Bonain. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'endocardite rhumatismale chez les enfants, par Goupil. (*Thèse de Paris*, 18 fé-

vrier.) — Médiastino-péricardite chez l'enfant, par Ashby. (*Med. chronicle*, XV, 3.) — Hypertrophie et dilatation du cœur dans l'adolescence ou ectasie cardiaque de croissance, par Blache. (*Rev. mal. de l'enf.*, 1891.) — Anévrisme de l'aorte chez un enfant de quatre ans, par Willett. (*London path. soc.*, 5 avril.) — La fièvre aphteuse des vaches laitières et la stomatite aphteuse chez les enfants, par Ollivier. (*Rev. maladies de l'enfance*, janvier.) — Des stomatites dans l'enfance et en particulier de la stomatite diphtéroïde impétigineuse, par Poulain. (*Thèse de Paris*, 2 mars.) — Les maladies de la bouche chez l'enfant, par Forchheimer. (*Philadelphie.*) — Diarrhée des nourrissons, par Mlle Mlodziezowska. (*Thèse de Paris*, 19 février.) — Contribution à l'étude des entérites infectieuses des jeunes enfants. (Entérite à bactérium coli), par Lesage. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 janvier.) — Sur la direction de la rate et du pancréas chez le fœtus et chez l'enfant, par Trolard. (*Soc. de biol.*. 12 mars). — De la rate chez l'enfant, par Vallée. (*Thèse de Paris*, 27 janvier.) — Anémie splénique chez l'enfant, par Carr. (*London med. soc.*, 8 février.) — L'anémie splénique chez l'enfant, par Toeplitz. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIII, 3. — La cirrhose hépatique chez l'enfant, par Stack. (*Practitioner*, mars.) — Considérations sur la fièvre dite de croissance, par Barbillon. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, janvier.) — La fièvre intermittente chez l'enfant, par Baumel. (*Montpellier méd.*, 16 janvier.) — État des réflexes dans la fièvre typhoïde chez les enfants à la période aiguë et pendant la convalescence, par Albouze. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Pathogénie du purpura ecchimotique chez les enfants à la mamelle, par Somma. (*Arch. ital. di pediatria*, janvier.) — Valeur de l'eau de chaux mélangée au lait de vache pour l'alimentation des nourrissons, par Courant. (*Cent. f. Gynaek.*, 19 mars.) — Compte rendu du service chirurgical et orthopédique des enfants assistés, par Kirmisson. (*Rev. d'orthop.*, III, 1.) — Infection consécutive à la déchirure du cordon, par Delchmann. (*Deut. med. Woch.*, 37, 1891.) — Mort d'un fœtus par hémorragie et rupture de la capsule surrénale droite, par Piccoli. (*Progresso med.*, 10 février.) — Un cas de léiomyome sous-cutané congénital, avec quelques indications sur la statistique des tumeurs chez les enfants, par Marc. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXV, 3.) — Adénome du sein chez l'enfant, par Patteson. (*Roy Acad. of med. in Ireland*, 26 février.) — Etranglement interne aigu chez un enfant de 2 ans, laparotomie, mort, par Schaefer. (*Med. news*, 9 janvier.) — Invagination chez un enfant, par Ruff. (*Med. news*, 12 mars.) — Invagination du gros intestin chez une fillette de dix mois, par Settegast. (*Berlin. klin. Wochen.*, 24 août 1891.) — Invagination iléo-colique chez un enfant de 5 mois, par Kroenig. (*Ibid.*, 12 octobre 1891.) — De la hernie infantile, par Macready. (*Brit. med. j.*, 26 mars.) — La cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant par Broca. (*Gaz. hebd. Paris*, 26 mars et *Rev. mens. de l'enf.*, avril.) — Gravelle rénale chez un enfant de 12 mois, par Matton. (*Soc. anat.*, 8 janvier.) — Tentative de lithotritie chez un enfant, taille suspubienne, par Clegg. (*Lancet*, 26 mars.) — Ostéomyélite à streptocoque chez l'enfant, par Koplik et Van Arsdale. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — Tumeurs de la vessie chez les enfants, par Dellac. (*Thèse de Lyon*, janvier.)

Épilepsie. — Colonies d'épileptiques, par Ewart. (*Journ. of ment. sc.*, avril.) — La mortalité de l'épilepsie dans les asiles d'aliénés, par Worcester. (*Journ. of nerv. dis.*, mars.) — Sur l'inversion de la formule des phosphates éliminés par l'urine dans l'apathie épileptique et dans le petit mal, par Féré et Herbert. (*Soc. de biol.*, 26 mars.) — Note sur une anomalie musculaire unilatérale chez un épileptique, par Féré. (*Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, nº 6, 1891.) — De l'influence des accès isolés d'épilepsie

sur la température, par Mairet et Bosc. (*Nouv. Montpellier méd.*, I, 1.) — Inégalité des pupilles chez les épileptiques, de l'anisocorie latente, par Browning. (*Journ. of nerv. dis.*, janv.) — Quelques phénomènes rares de l'épilepsie, par Wilks. (*Brit. med. j.*, 2 janv.) — L'origine et le siège des crises d'épilepsie, par Horsley. (*Brit. med. j.*, 2 avril.) — De l'épilepsie symptomatique, par Bellat. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Rapports de l'épilepsie avec les blessures de la tête, par Putnam. (*Boston med. Journ.*, 7 janv.) — Deux cas de trépanation pour épilepsie traumatique, par Knapp. (*Ibid.*) — Relation de l'épilepsie avec les traumatismes craniens, par Putnam. (*Boston med. Journal*, janvier, p. 1.) — Que peut-on attendre du traitement chirurgical de l'épilepsie, par Sachs. (*N. York med. Journ.*, 20 fév.) — Traitement chirurgical de l'épilepsie, par Price. (*N. York neurol. Soc.*, 2 fév.) — Trépanation pour épilepsie traumatique, par Heuston (*Royal Acad. of med. Ireland*, 29 janv.)

Epithelium. — De la valeur du mot endothélium à propos des cellules à cils vibratiles de la cavité générale des spirunculiens, par Jourdan. (*Soc. de biol.*, 16 janv.) — Sur la présence des psorospermies dans les tumeurs épithéliales, par Malassez. (*Soc. de biol.*, 5 mars.)

Éruptions. — Un cas d'éruption estivale bulleuse d'Hutchinson, par Brocs van Dort. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIV, 5.) — Les éruptions médicamenteuses, par Thibierge. (*Ann. de méd.*, 13 janv.) — Éruption pemphigoïde antipyrinique, par Petrini. (*Soc. franç. de dermat.*, 28 janv.)

Érysipèle. — De l'influence de la paralysie vaso-motrice sur l'évolution de l'inflammation produite par le streptocoque de l'érysipèle, par Ochotine. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 2.) — Considérations pathogéniques et anatomiques sur l'érysipèle et ses complications, par Achalme. (*Thèse de Paris*, 7 avril.) — Érysipèle du pharynx et du larynx, par Havilland Hall. (*Brit. med. j.*, 27 fév.) — Erysipèle de la face compliquant la fièvre typhoïde, par Eisendrath. (*Med. News*, 20 fév.) — Erysipèle à répétition, par Hirtz et Widal. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 décembre 1891.) — Contribution à l'étude de l'érysipèle à répétition, par Critzman. (*Arch. de méd.*, janv.) — Traitement mécanique de l'érysipèle, par Krooll. (*Therap. Monats.*, fév.) — Traitement de l'érysipèle, par Nikolski. (*Russkaia med.*, XXII, 1891.) — De l'antipyrine comme médicament spécifique de l'érysipèle, par Foustanos. (*Semaine méd.*, 16 janv.)

Érythème. — De l'érythème noueux et du purpura considérés spécialement dans leurs rapports avec la tuberculose, par Buisine. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des érythèmes infectieux, en particulier dans la diphtérie, par Mussy. (*Thèse de Paris*, 25 fév.) — Érythème scarlatiniforme, par Rossigneux. (*Lyon méd.*, 27 mars.) — Des érythèmes produits par la lumière naturelle et artificielle, par Raynaud. (*Thèse de Lyon*, janv.) — Dermatite par l'iodoforme, par Hahn. (*Therap. Monats.*, fév.)

Estomac. — Inhibition réflexe du tonus et des mouvements de l'estomac, par Wertheimer. (*Arch. de phys.*, IV, 2.) — L'activité motrice de l'estomac dans la grossesse, les suites de couches et l'allaitement, par Pinzani. (*Arch. per le sc. med.*, XV, 4.) — Sur la sécrétion pylorique chez le chien, par Contejean. (*Acad. des sc.*, 7 mars.) — Urobilinurie dans le cours d'une gastropathie, par E. Reale. (*Riv. clinica e terapeutica*, n° 11, 1891.) — Des repas d'épreuve dans les maladies de l'estomac, par Boucabeille. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Contribution à l'étude du chimisme stomacal, par E. Gautrelet. (*Rev. gén. de Clin.*, n° 52, 1891.) — Acidité relative et ab-

solue du suc gastrique, par GEIGEL et BLASS. (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 3.) — Sur le suc gastrique et sur la digestion pepsique de l'albumine, par CONTEJEAN. (*Arch. de phys.*, IV, 2.) — Recherches sur le degré de l'acidité du contenu stomacal suivant l'emploi des divers réactifs, par G. LIPPMANN. (*Thèse de Bonn*, 1891.) — Nature et traitement des maladies caractérisées par l'indigestion, la présence de bile, urates et acide urique dans l'urine et par des symptômes nerveux, par JOHNSSON. (*Med. News*, 12 mars.) — Sclérose et atrophie de la muqueuse gastrique, par MAUREAU. (*Thèse de Paris*, 24 mars.) — Procédé de Gunzburg dans la digestion normale, par ECCLES. (*Practitioner*, mars.) — Les diverses méthodes d'analyse du suc gastrique, leur valeur au point de vue clinique, par ARNAUD. (*Marseille médical.*) — Etude par le procédé de Winter des modifications du suc gastrique chez les malades soumis à l'administration de l'extrait de condurango ou de la teinture de noix vomique, par WAGNER. (*Arch. gén. de méd.*, février.) — Les dyspepsies et leur traitement, par COUTARET. (*Bull. gén. de thér.*, 30 janvier.) — Digestion gastrique et régime, par MORA. (*Thèse de Paris*, 3 février.) — Des céphalalgies d'origine gastrique, par H. WESTPHALER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 septembre 1891.)— De l'embarras gastrique, par RÉMOND. (*Languedoc méd.*, 15 janvier.) — Etude histologique des érosions hémorragiques de la muqueuse de l'estomac, par PILLIET. (*Soc. de biol.*, 9 janvier.) — Rétroflexion utérine et névrose de l'estomac, par PANECKI. (*Therap. Monats.*, février.) — Dilatation de l'estomac consécutive à une sténose pylorique par tissu cicatriciel d'un ulcère ancien, par FEDERICI. (*Sperimentale*, 15 février.)—Ulcère de l'estomac, hématémèse, pneumonie intercurrente, par RENDU. (*Union médicale*, 16 janvier.) — Ulcère de l'estomac, par HENRY. (*N. York med. Journ.*, 27 février.) — Polynévrite consécutive à un cancer gastrique, par K. MIURA. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 septembre 1891.) — Cancer encéphaloïde de l'estomac, du pancréas, du colon et du mésentère, par FERRON et NOUAILLE. (*Jour. méd. Bordeaux*, 13 mars.) — Des nouveaux sels de calcium en thérapeutique, traitement physiologique et régime des maladies de l'estomac, par GERMAIN SÉE. (*Bull. Acad. de méd.*, 8 mars.) — Le traitement des affections chroniques de l'estomac par le lavage, par ATTFIELD. (*Practitioner*, février.) — Divers emplois du tube stomacal, par BUCKINGHAM. (*Boston med. Journal*, janvier, p. 28.) — Quelques dangers du lavage de l'estomac, par FENWICK. (*Practitioner*, avril.) — Des plaies de l'estomac et de l'intestin, par KLEMM. (*Deut. Zeit. f. Chir.* XXXIII, 2 et 3.) — Perforation d'un ulcère de l'estomac, traitement par laparotomie et suture, par SIMON et BARLING. (*Brit. med. Journ.*, 9 janv.) — Ulcère de l'estomac, perforation péritonite, guérison, par HALL. (*Ibid.*) — Deux cas mortels d'opération de Loreta, par SWAIN. (*Lancet*, 9 janv.) — L'estomac après la gastrostomie, par EWALD. (*Deut. med. Zeit.*, 24 mars.) —Gastrostomie, par RECLUS. (*Bullet. Soc. de chirurgie*, XVII, p 595.) — Gastrostomie en deux temps, par MONOD. (*Ibid.*, XVII, p. 799.) — Un cas de résection de l'estomac guérie, par BODE. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 octobre 1891.) — Obs. de pylorectomie, par MAC CORMICK. (*Brit. med. Journ.*, 12 mars.) — Le traitement chirurgical du rétrécissement du pylore, par M. SENN. (*New York med. Record*, p. 767, nov. 1891.) — Rétrécissement du pylore par ingestion d'acide sulfurique, opération, mort par gangrène pulmonaire par G. KLEMPERER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 octobre 1891.)— Gastro-entérostomie et jéjunostomie, par JESSETTE. (*London clin. Soc.*, 8 janv.) — Gastro-entérostomie, guérison, par BARKER. (*Brit. med. Journ.*, 9 janv.)—Gastroentérostomie pour tumeur pylorique, disparition graduelle de la tumeur après l'opération, par RENTON. (*Ibid.*)

F

Face. — Hémiatrophie faciale, par Skyrme. (*Brit. med. j.*, 26 mars.) — Traitement de l'atrophie hémifaciale, par Dercum. (*Journ. of nerv. dis.*, février.)

Fèces. — Un cas de défécation par la bouche, par Labbé. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 décembre 1891.)

Fièvre jaune. — Notes sur la fièvre jaune, par Center. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 6 février.)

Fistule. — Fistule adhyoïdienne, par Robert. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 97.) — Les fistules cervicales complètes ; note sur le mémoire de Marshall sur le conduit thyroglossique, par Kanthack. (*Journ. of anat.*, janvier.) — Fistule recto-vaginale, opération par Czempin. (*Cent. f. Gynaek.*, 9 avril.) — Technique de l'opération des fistules vésico-vaginales, par Martin. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 septembre 1891.)

Foie. — Du tissu conjonctif dans le lobule hépatique de certains mammifères, par Frenkel. (*Soc. de biol.*, 16 janvier.) — Appareil suspenseur du foie, par Faure. (*Thèse de Paris*, 12 mars.) — Du foie glycogène ; considérations thérapeutiques, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. de thér.*, 15 janvier.) — Sur la fonction glycogénique chez la grenouille d'hiver, par Dewevre. (*Soc. de biol.*, 16 janvier.) — Du rôle de la cellule hépatique dans la production des scléroses du foie, par de Grandmaison. (*Thèse de Paris*, 21 janvier.) — Sur l'influence pathogénique des maladies du foie sur le développement des affections chroniques des centres nerveux, par Bronner. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Glycosurie alimentaire et toxicité urinaire dans les maladies du foie, par Roger. (*Gaz. hebd. Paris*, 20 février.) — De l'exploration bimanuelle du foie par le procédé du pouce, par Glénard. (*Lyon méd.*, 3 janvier.) — De l'œdème préascitique des membres inférieurs dans la cirrhose alcoolique atrophique, par Presle. (*Thèse de Paris*, 11 février.) — Cirrhose hépatique ; mort par hématurie, par Klemperer. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 septembre 1891.) — Cirrhose hypertrophique du foie, par Meredith. (*Med. news*, 2 janvier.) — Cirrhose athrophique ; mort par rupture de varices œsophagiennes, par Bossu. (*Soc. anat.*, 29 janvier.) — Relation d'un cas de cirrhose hypertrophique avec phénomènes d'intoxication cholémique à prédominance bulbaire, par F. Gherardi. [*Riv. gen. ital. di clin. medica* (suppl.,) n°s 5-6. 1891.) — Ictère dû à un anévrisme de l'artère hépatique et à un rein mobile, par White. (*Brit. med. journ.*, 30 janvier.) — Sur la cirrhose tuberculeuse, par Hanot et Gilbert. (*Soc. de biol.*, 30 janvier.) — Etude du foie typhique, par Moroni. (*Arch. per le sc. med.*, 1.) — L'huile d'olive dans le traitement de la colique hépatique, par Egasse. (*Bull. de thérap.*, 29 février.) — L'hypertrophie fibreuse du foie, par Duckworth. (*Brit. med. journ.*, 2 janvier.) — Abcès aréolaire du foie, par Noel. (*Soc. anat.*, 29 janvier.) — Pathogénie de l'hépatite suppurée, origine microbienne non spécifique, par L'Helgonalc h. (*Thèse de Bordeaux.*) — Opération pour abcès du foie, par Manson. (*Brit. med. journ.*, 23 janvier.) — L'hépatotomie pour les abcès du foie, par

Heuston. (*Brit. med. journ.*, 2 avril.) — Un cas d'abcès hépatique suite de pérityphlite et guéri par opération, par Fraenkel. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 novembre 1891.) — Sur l'ouverture des grands abcès du foie, par Fontan. (*Bull. soc. de chir.*, XVII, p. 778.) — Deux cas d'abcès du foie traités par le drainage syphon, par Philippi. (*Brit. med. j.*, 13 février.)

Fracture. — Des fractures non consolidées, par Allis. (*Med. news*, 2 janvier.) — De la suppuration dans les fractures simples, par Gangolphe. (*Lyon méd.*, 10 avril.) — Fracture du sternum, par Webb. (*Brit. med. journ.*, 16 janvier.) — Fracture comminutive de la clavicule non consolidée ; suture osseuse ; guérison ; par Bégouin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 mars.) — Fracture de l'omoplate, séparation de l'angle supéro-interne, par Soutter. (*Brit. med. j.*, 19 mars.) — Fracture comminutive du bras droit au tiers inférieur par coup de feu, chez un enfant de 3 ans, par Mouillard. (*Gaz. des hôp.*, 9 janvier.) — Fracture de l'épine iliaque antéro-inférieure par action musculaire, par Shipton. (*Lancet*, 26 mars.) — Diagnostic de la fracture du fémur, par Coplin. (*Med. news*, 5 mars.) — Fracture par écrasement de la cuisse gauche, compliquée de plaie, sphacèle très étendu des parties molles, désarticulation de la hanche, guérison, par Ferrand. (*Arch. de méd. milit.*, mars.) — De l'application d'un appareil plâtré au traitement des fractures du corps du fémur, par Bois. (*Rev. d'orthop.*, III, 2.) — Note sur une modification de certains appareils plâtrés, par Bois. (*Ibid.*) — Fracture longitudinale de la rotule par Fraser. (*Med. news*, 20 février.) — Fracture de rotule ; suture ; présentation de sujets et observations sur l'intervention, par L. Championnière. (*Bullet. soc. de chirurgie*, XVII, p. 463.) — Traitement des fractures transversales de la rotule par la suture métallique et l'ouverture large de l'articulation du genou, par Coriton. (*Thèse de Paris*, 30 mars.) — De la suture sous-cutanée de la rotule dans les fractures récentes, par Barker. (*Brit. med. journ.*, 27 février.) — Fracture compliquée de la jambe ; inclusion du nerf tibial postérieur dans le cal ; hystérie traumatique ; résultat du traitement électrique, par Verhoogen. (*Gaz. hebd. Paris*, 2 janvier.)

Fulguration. — Lésion de l'oreille par coup de foudre ; perforation du tympan, par Clark. (*Arch. of otology*, janvier.)

G

Gangrène. — Emphysème septique, amputation, guérison, par Desprès. (*Bullet. Soc. de Chirurgie*, XVII, p. 683.) — Observation de gangrène pulmonaire traitée d'abord par les aspirations antiseptiques, puis par une intervention chirurgicale, par Constantin Paul et Perier. (*Bull. Acad. de méd.*, 15 mars.) — Gangrène symétrique et syphilis, par Elsenberg. (*Gaceta Lekarska*, 5.) — De l'amputation dans la gangrène spontanée, par Lejars. (*Semaine méd.*, 16 janv.) — La gangrène phéniquée, par Carlier. (*Gaz. des hôp.*, 29 mars.)

Gelure. — Asphyxie locale des extrémités, ses rapports avec les engelures, par Legroux. (*Soc. franc. de dermat.*, 11 fév.) — De l'asphyxie locale des extrémités; ses rapports avec les engelures, par Bouchez. (*Thèse de Paris*, 27 janv.)

Génitaux (Org.) — Remarques sur 30 cas de circoncision, par Trekaki. (*Bull. gén. de thér.*, 30 janv.) — Tuberculose génitale primitive à marche descendante, infection bacillaire généralisée, par Carlier et Thiroloix. (*Soc. anat. Paris*, mars, p. 105.) — Calculs préputiaux, par Page. (*Practitioner*, avril.) — Verrues confluentes du scrotum, par Gemy. (*Ann. de dermat.*, II, 11.) — Amputation du pénis par une nouvelle méthode, par Brown. (*Brit. med. journ.*, 16 avril.) — Deux tumeurs rares des organes génitaux chez la femme, par Hasenbalg. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIII, 1.) — Hématome de la vulve post-partum, par Mann. (*Lancet*, 6 fév.)

Géographie méd. — Contribution à l'étude médicale de la Tunisie, climatologie, hydrographie, etc., par Lafitte. (*Thèse de Bordeaux.*) — Contribution à la géographie médicale, notes et observations recueillies aux îles Saint-Pierre et Miquelon 1884-88, par Le Denmat. (*Thèse de Bordeaux.*) — Géographie médicale de la fièvre typhoïde, par Ad. Coustan et A. Dubrulle. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXVI, 209.)

Glande. — Contribution à l'étude des cellules glandulaires; le protoplasma des éléments des glandes albumineuse, lacrymale et parotide, par Nicolas. (*Arch. de phys.*, IV, 2.)

Glaucome. — Différentes variétés de glaucome, par Pomeroy. (*N. York med. journ.*, 19 mars.)

Goutte. — Etude clinique de la goutte saturnine, par Ferreira. (*Thèse de Paris*, 31 mars.) — De la goutte saturnine, par Lemoine et Joire. (*Gaz. méd. Paris*, 2 janvier.) — Goutte du pénis, par Duckworth. (*London clin. Soc.*, 8 janv.) — Formes obscures de goutte, par Dulles. (*Med. News*, 5 mars.) — Goutte cérébrale, par Lore. (*Gaz. d. Osp.*, 21 janv.) — Quelques formes curables de goutte rhumatismale, par Blake. (*Americ. j. of med. sc.*, fév.)

Greffe. — Greffe nerveuse, par Harrisson. (*London clin. Soc.*, 11 mars.) — Greffe nerveuse, par Pick. (*London med. Soc.*, 21 mars.) — Greffes épidermiques de la cavité d'un empyème, par Thiersch. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 octobre 1891.) — Epithelioma traumatique par greffe dermique, par Cristiani. (*Rev. de chir.*, janv.) — De la greffe Ollier-Thiersch, par Protopopesco. (*Thèse de Paris*, 28 janv.) — Greffe de Thiersch pour cicatrices de la paupière, par Woodward. (*N. York med. journ.*, 13 fév.) — Greffe de lambeaux cutanés à distance. Méthode de Wolfe, par Ceci. (*Brit. med. journ.*, 16 avril.) — De la greffe des os, par Von Bergmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 24 août 1891.)

Grippe. — De la grippe; épidémiologie, étiologie, etc., par Ripperger. (330 p., *Munich.*) — L'épidémie actuelle de grippe, par Fiessinger. (*Lyon méd.*, 31 janv.) — La grippe épidémique dans l'armée allemande en 1889-90, par Demmler. (*Arch. de méd. milit.*, fév.) — L'épidémie de grippe de 1889-90 dans la marine allemande, par Elste. (*Marine-Rundschau*, II et *Hyg. Rundsch.*, I, 926.) — L'épidémie d'influenza, par Da Costa. (*Med. News*, 2 janv.) — Note pour servir à l'histoire de la grippe, par Debord. (*Gaz. des hôp.*, 14 janv.) — Sur une nouvelle diplobactérie pathogène retirée du sang et des urines de malades affectés de grippe, par Teissier, Roux et Pittion. (*Acad. des sc.*, 4 avril.) — Le bacille de la grippe, par Klein. (*Brit. med. journ.*, 23 janv.) — Le bacille de la grippe, par Letzerich. (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 3.) — Contribution à l'étude de l'influenza, par A. Pollak. (*Wien. med. Wochenschr.*, 5 et 6.) — Présentation de tracés de

grippe, par Teissier. (*Lyon méd.*, 7 fév.) — Thermométrie clinique de la grippe envisagée comme maladie spécifique, par Menu. (*Thèse de Lyon*, janv.) — La névrose épidémique inflammatoire, l'influenza névrosique, par Hughes. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 27 fév.) — Note sur la prophylaxie de la grippe, par Ollivier. (*Bull. Acad. méd.*, 2 février.) — L'infection grippale, par Huchard. (*Revue gén. de Clin.*, n° 3.) — Températures sous-normales dans la convalescence de la grippe, par Vintras. (*Brit. med. j.*, 19 mars.) — Manifestations de la grippe sur les voies respiratoires supérieures, par B. Fraenkel. (*Berlin. klin. Wochens*, 26 octobre 1891.) — Grippe compliquée de foyers apoplectiques et d'abcès cérébraux, rénaux et hépatiques chez un homme de 33 ans, par Virchow et Senator. (*Ibid.*, 21 décembre 1891.) — Grippe compliquée de foyers d'apoplexie cérébrale et d'entérite hémorragique chez une femme de 27 ans, par Furbringer. (*Ibid.*) — De la bronchite grippale, par Kahane. (*Practitioner.* fév.) — Les troubles pathologiques des voies aériennes supérieures dans la grippe, par Solis-Cohen. (*N. York med. Journ.*, 26 mars.) — De la bronchite grippale, par Max Kahane. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 2.) — Asthénie cardiaque suite de grippe, par Burney Yeo. (*London clin. Soc.*, 25 mars.) — La grippe cardiaque, par Huchard. (*Bull. méd.*, 3 fév.) — Un cas de phlébite grippale, par Dauriac. (*Gaz. des hôp.*, 26 janv.) — Quelques affections douloureuses consécutives à la grippe, par Sansom. (*Lancet*, 2 janv.) — Chorée suite de grippe chez une femme de 65 ans, par Mc Carthy. (*Lancet*, 2 avril.) — Phlegmatia alba suite de grippe, par Ducket. (*Ibid.*, 2 avril.) — Les affections mentales après la grippe, par Althaus. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — Phénomènes nerveux et mentaux de la grippe, par Mills. (*Med. News*, 30 janv.) — Rapports de la grippe avec les maladies des organes génitaux féminins, par Gottschalk. (*Cent. f. Gynaek.*, 23 janv.) — De l'influenza chez les femmes en état de puerpéralité, par Vinay. (*Lyon méd.*, 21 fév.) — L'influence de la grippe sur la femme, par Felkin. (*Edinb. med. Journ.*, fév.) — Névrite optique double, suite de grippe, par Lee. (*Liverpool med. chir. journ.*, janv.) — Orchite aiguë, suite de grippe, par Kelly. (*Lancet*, 13 fév.) — Orchite aiguë, suite de grippe, par Harris. (*Lancet*, 2 janv.) — Orchite grippale, par Briscoe. (*Lancet*, 23 janv.) — Eruptions cutanées dans la grippe, par Mason. (*Boston med. Journ.*, 18 fév.) — Le pharynx nasal dans la grippe, par Nevins. (*Lancet*, 16 avril.) — Effets de la grippe sur l'oreille moyenne, par Dalby. (*Lancet*, 20 fév.) — Cellulite orbitaire et mastoïdite suite d'influenza, trépanation de l'apophyse mastoïde, guérison, par Zimmermann. (*Arch. of otology*, janv.) — Effets de la grippe sur l'oreille moyenne, par Downie. (*Lancet*, 5 mars.) — De l'influenza; les lois anglaises sur les maladies infectieuses, par Sisley. (*Brit. med. Journ.*, 23 janv.) — Le benzol dans le traitement de la grippe et de ses complications, par Robertson. (*Ibid.*) — Le traitement de l'influenza, par Simson. (*Ibid.*) — L'épidémie d'influenza, son traitement, par Curtin et Watson. (*Therap. Gaz.*, 15 janv.) — Caractères et traitement de l'epidémie actuelle de grippe, par Fussell. (*Ibid.*) — Traitement de l'influenza, par Mettler. (*N. York. med. Journ.*, 9 janv.) — L'administration continue d'oxygène dans un cas grave de bronchopneumonie grippale, par Collier et Symonds. (*Lancet*, 27 fév.) — Pneumonie grippale traitée par les applications froides, par Gordon. (*Lancet*, 27 fév.) — Traitement de la grippe et de ses suites, par Curtin et Watson. (*Americ. j. of med. sc.*, fév.)

Grossesse. — L'activité motrice de l'estomac dans la grossesse, par Pinzani. (*Arch. per le sc. med.*, XV, 4.) — Tuberculose et grossesse, par Bizouard. (*Thèse de Lyon*, janv.) — Des lésions valvulaires chroniques

du cœur dans la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, par SCHLAYER. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIII, 1.) — Hypertrophie cardiaque chez les femmes enceintes et les nouvelles accouchées, par DREYSEL. (*Wiener med. Presse*, 10 janvier.) — De l'accouchement prématuré dans les arthrites de la grossesse, par TRACON et BUÉ. (*Arch. de tocol.*, janvier.) — L'élément nerveux dans les vomissements de la grossesse, par METTLER. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 6 fév.) — Des vomissements incurables de la grossesse, par FLAISCHLEN ; idem, par KALTENBACH. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 septembre 1891.) — Traitement des vomissements de la grossesse, par le menthol, par GOTTSCHALK. (*Der Frauenartz*, mars 1891.) — De l'endométrite subaiguë dans les dernières périodes de la grossesse, par LOEHLEIN. (*Cent. f. Gynaek.*, 19 mars.) — Végétations vulvo-vaginales de la grossesse, par TARNIER. (*Semaine méd.*, 3 fév.) — Deuxième grossesse suivie d'un accouchement normal chez une ataxique ayant subi une opération césarienne, par BERNHARDT. (*Berlin. klin. Wochens.*, 7 déc. 1891.) — Des rétrécissements de la cavité utérine gravide,, par HENNIG. (*Ibid.*, 12 oct. 1891.) Myomotomie dans la grossesse, par FLAISCHLEN. (*Cent. f. Gynaek.*, 12 mars) — Grossesse extra-utérine, par REYNIER. (*Bullet. Soc. de Chirurgie*, XVII, p. 647.) — Grossesse extra-utérine; laparotomie, guérison, par JOHNSON. (*Boston med. j.*. janvier, p. 60.) — Un cas de grossesse tubaire, par HARRINGTON. (*Ibid.*, janvier, p. 32.) — Un cas de grossesse tubaire probable, par REYNOLDS. (*Ibid.*, janvier, p. 31.) — Un cas de grossesse tubaire, par WASHBURN. (*Ibid.*, janv., p. 30.) — Grossesse tubaire, obs. de WASHBURN, REYNOLDS, HARRINGTON. (*Ibid.*, 14 janv.) — Notes sur la grossesse extra-utérine, par WERDER. (*N. York med. journ.*, 25 janv,) — De la grossesse ectopique, par GRANDIN. (*Americ. journ. of obst.*, janv.) — Grossesse extra-utérine, par WINTER. (*Ibid.*) — De la grossesse extra-utérine au point de vue médico-légal, par Casimir ZMIGRODZKI. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXVI, 152.) — Grossesse ectopique de onze mois et demi de durée, par GRAMM. (*Americ. j. of obst.*, fév.) — L'hématome tubéreux sous-chorial de la caduque; une forme type de grossesse molaire, par Carl BREUS. (*Vienne.*) — De la grossesse ectopique, par MORISON. (*Edinb. med. Journ.*, fév.) — Du traitement opératoire de la grossesse extra-utérine dans les derniers mois de la grossesse, par FROMMEL. (*Münch. med. Woch.*, 5 janv.)

Gustation. — Organes de la gustation de l'ateles ater, par TUCKERMAN. (*Journ. of anat.*, avril.)

Gynécologie. — De l'irrigation continue pendant les opérations gynécologiques, un dispositif destiné à faciliter son emploi, par HENROTAY. (*Arch. de tocol.*, mars.) — Origine et développement de la gynécologie moderne, par CLARKE. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 6 fév.) — Questions gynécologiques d'actualité, par Henri LOEHLEIN, 2e fascicule. (Eclampsie puerpérale. Traitement des rétrécissements ostéomalaciques du bassin. Elimination de débris membraneux pendant les règles; congestion menstruelle.) (*Wiesbaden.*) — Gynécologie médicale, par ETHERIDGE. (*Intern. j. of med. Sc.*, janv.) — Le catgut dans les opérations gynécologiques, par GOODELL. (*Therap. Gaz.*, 15 janv.) — De la cure de l'obésité, son emploi dans les maladies chroniques génitales de la femme, par ARENDT. (*Therap. Monats.*, janv.) — Emploi du dermatol dans la pratique gynécologique, par ASCH. (*Cent. f. Gynaek.*, 9 janv.)

H

Helminthe. — De la propagation des lombrics, par Epstein. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIII, 3.) — De la fréquence des helminthes chez les enfants, par Langer. (*Prager med. Woch.*, 61.) — Sur un cas d'anguillule intestinal, par Riva. (*Sperimentale*, XLVI, 1.) — De la filariose, par Moty. (*Rev. de chir.*, janv.) — Sur une maladie pulmonaire du Japon causée par les distomes, par K. Yamagiva. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXVII, 3.) — Les oxyures vermiculaires en médecine légale, par Spitzer. (*Wien. med. Wochenschr.*, 1, p. 6.) — Accidents apoplectiformes par les vers de diptère (muscide du genre homalomya), par Buman. (*Revue méd. Suisse romande*, XI, 715.)

Hémoglobinurie. — Hémoglobinurie paroxystique à frigore, par Azalbert. (*Thèse de Paris*, 7 avril.)

Hémophilie. — Hémophilie, par Rachford. (*Med. News*, 27 fév.) — De l'hémophilie, par Mc Lane Hamilton. (*New York med. record*, p. 617, nov. 1891.)

Hémorragie. — Des hémoptysies et de leurs causes, par G. Sée. (*Médecine moderne*, 7 janv.) — Hémorragie d'origine nerveuse, apparaissant spontanément dans des parties homologues des deux côtés du corps, comme l'asphyxie ou gangrène locale de Raynaud, par Brown-Séquard. (*Arch. de phys.*, IV, 2.) — Hémorragie mortelle chez un enfant après scarification de la conjonctive, par Shirley. (*N. York med. Journ.*, 2 janv.) — Des hémorragies gastro-intestinales d'origine tuberculeuse, par Guyenet. (*Thèse de Lyon*, janv.) — Un cas d'hémorragie ombilicale, par Montgomery. (*N. York med. Journ.*, 9 janv.) — Un cas d'hémorragie post-partum et d'hématome génital, par Futh. (*Cent. f. Gynaek.*, 9 avril.) — Hémorragie ante-partum, placenta situé normalement, par Greene. (*Med. News*, 2 janv.) — Traitement de la métrorragie, par Edis. (*Brit. med. j.*, 26 mars.) — De la cornutine dans les hémorragies de la vessie et des organes génitaux, par Meisels. (*Pester med. chir. Presse*, 3 nov. 1891.)

Hémorroïdes. — Sur le traitement des hémorroïdes et des affections qui s'y rattachent, par Lauder Brunton. (*Brit. med. j.*, 12 mars.)

Hérédité. — L'influence de l'hérédité dans la prophylaxie des maladies, par Hutchinson. (*Med. News*, 13 fév.)

Hernie. — Hernie diaphragmatique de l'estomac et de l'intestin, mort rapide par asphyxie, par Knoll et Leclerc. (*Arch. de méd. milit.*, avril.) — De la position du cœur, ses relations avec le développement des hernies cœcales, par Hildebrand. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIII, 2 et 3.) — Restes du conduit péritonéo-vaginal parallèles à des sacs herniaires, par Broca. (*Bull. Soc. anat.*, fév., p. 145.) — Contribution à l'étude des hernies du gros intestin, appendicite dans le sac herniaire, par Gangolphe. (*Lyon méd.*, 17 janv.) — Des hernies épigastriques et de leur cure opératoire, par Capman. (*Thèse de Montpellier.*) — De l'entéro-péritonite herniaire, par

Tédenat. (*Montpellier médical*, XVII, 12.) — Hernie intestinale au niveau d'une cicatrice résultant de l'ouverture spontanée à la peau d'un phlegmon du ligament large gauche, cure radicale, guérison, par Pérignon. (*Arch. de tocol.*, mars.) — Hernie ovarique crurale, par Miller. (*Med. News*, 12 mars.) — Kyste séreux formant le sac d'une hernie crurale, par Lindner. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 octobre 1891.) — Hernie inguinale étranglée, gangreneuse. Phlegmon périherniaire. Entérectomie primitive. Guérison, par Carl Stern. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 octobre 1391.) — De la hernie inguino-propéritonéale, par Link. (*Cent. f. Chir.*, 30 janv.) — Hernie étranglée datant de trois jours chez un homme de 75 ans hémiplégique, opération, guérison, par Kitto. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 12 mars.) — Hernie ischiatique renfermée dans un fibro-lipome de la fesse droite, par Schwab et Moubouyran. (*Soc. anat.*, 18 mars.) — Des hernies gangréneuses, par Mikulicz et von Bramann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 octobre 1891.) — Hernies étranglées, crurale et obturatrice, par Anderson. (*Lancet*, 2 avril.) — Hernie étranglée, pseudo-réduction, laparotomie, par Routier. (*Bullet. Soc. de Chirurgie*, XVII, p. 759.) — Hernie congénitale de l'ombilic. Rupture du sac avant la naissance. Cure radicale pratiquée sept heures après la naissance. Guérison, par De Larabrie. (*Ibid.*, XVII, p. 450.) — Tumeur de l'appendice vermiforme développée dans un sac herniaire inguinal gauche contenant le cœcum, par Josserand. (*Lyon méd.* 3 janv.) — De la résection de l'intestin dans la cure des hernies étranglées gangrenées, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 13 janvier.)

Herpès. — Herpès progénital, par Zappala. (*Progresso med.*, 29 fév. et 10 mars.) — Herpès fébrile ou zona double, par Hallopeau et Barrié. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 mars.) — Herpès végétant de la vulve simulant des plaques muqueuses, par Bataille. (*Ibid.*, 10 mars.)

Hydatide. — Dégénérescence gélatiniforme des kystes hydatiques, par Bruce et Sheld. (*Royal med. and chir. Soc.*, 9 fév.) — Hydatide multiloculaire du cerveau, par Mudd. (*Americ. j. of med. Sc.*, avril.) — Des kystes hydatiques des poumons, par Laveran. (*Médecine moderne*, 4 février.) — Du diagnostic des kystes hydatiques du foie (simulant un hydro-pneumothorax), par Eisenlohr. (*Deut. med. Woch.*, n° 39, 1891.) — Kyste hydatique suppuré du foie guéri par la laparotomie, par Foulerton. (*Lancet*, 19 mars.) — Kyste hydatique des muscles de la masse commune, par Tédenat. (*Montpellier médical*, n° 1.) — Kystes hydatiques du petit bassin et laparotomie, par Rivière. (*Lyon méd.*, 14 fév.)

Hygiène. — Plans du laboratoire d'hygiène, par Billings. (*Med. News*, 27 février.) — Etude sur le développement de la législation sanitaire en France et ses principales dispositions, par Andrieux. (*Thèse de Paris*, 18 février.) — Compte rendu de la séance annuelle de la Société de médecine publique de Belgique, par A. Delcourt. (*Mouvement hygiénique*, VII, 489.) — La conférence internationale de Venise, par Proust. (*Gaz. des hôp.*, 5 avril.) — Condition sanitaire de Boston, par Mac Collom. (*Boston med. Journ.*, janvier, page 49.) — Les conditions sanitaires en France, par Leduc. (*Rev. scientif.*, 20 février.) — La station quarantenaire d'El Tor, par Paul Kaufmann. (*Berlin.*) — Des premiers secours en cas d'accidents, les ambulances urbaines de Bordeaux, par Chaussade. (*Thèse de Bordeaux.*) — Secours aux noyés et asphyxiés. Rapport au conseil de salubrité de la Seine, par Vibert. (*Annales d'hyg. publ.*, XXVI, 418.) — Nouvelles études sur l'isolement dans les hôpitaux, par O. André. (*Rev. d'hyg.*, XIII, p. 11-2.) — Transport et isolement des malades infectieux. Londres par Bostock et

K. Barrington. (*Ibid.*; XIII, 706.) — Le chauffage des habitations, par Martin. (*Gaz. hebd. Paris*, 16 janvier.) — Le drainage des habitations, par Beardmore. (*Londres.*) — Les maisons ouvrières de la rue de Mouzaïa, par L. Reuss. (*Annales d'hyg. publ.*, XXVI, 113.) — Arrêté royal belge du 7 juillet 1891 portant règlement organique des comités de patronage des habitations ouvrières. (*Mouvement hygiéniq.*, VII, 338.) — Quelques causes d'insalubrité dans la construction des maisons, par H. Statham. (*Revue d'hyg.*, XIII, 787.) — La location des maisons insalubres et la responsabilité des propriétaires, par E. Vallin. (*Revue d'hyg.*, XIII 901.) — Sur la constitution hygiénique des murs d'habitation, par Emile Trélat. (*Rev. d'hyg.*, XIII, 791.) — Importance sanitaire des espaces libres dans les villes par Meath. (*Ibid.*, XIII, 784.) — Note sur l'assainissement dans les villes du littoral méditerranéen, par de Valcourt. (*Ibid.*, XIII, 1052.) — Les brouillards des villes et leurs effets, par Russel. (*Rev. scientif.*, 30 janvier.) — Travail des manufactures dans l'Inde anglaise, par Holt S. Hallett. (*Revue d'hyg.*, XIII, 882.) — Les poussières végétales. Explosions et incendies, par Félix Brémond. (*Mouvement hygiénique*, VII, 476.) — Ventilation pour éclairage, par W. Malinin. (*Hyg. Rundschau*, I, 1623.) — Arrêté ministériel belge énumérant l'outillage des laboratoires pour l'analyse des denrées alimentaires. (*Le Mouvement hygiéniq.*, VII, 330.) — Arrêté royal belge du 15 septembre 1891, relatif à l'emploi des alliages de zinc et d'antimoine pour les vases alimentaires. (*Ibid.*, VII, 441.) — Arrêté royal belge du 28 septembre 1891, réglementant la préparation et le commerce des farines, du pain et des autres denrées alimentaires. (*Ibid.*, VII, 448.) — Arrêté royal belge du 28 septembre 1891, réglementant le commerce des cafés. (*Ibid*, VII, 454.) — Circulaire ministérielle belge sur la dénaturation des viandes imposées à la consommation. (*Ibid.*, VII, 500.) — Sur un moyen simple de reconnaître les viandes congelées, par Maljean. (*Journ. de pharm.*, 2 avril.) — Recherches sur la coloration des pois par le sulfate de cuivre, action physiologique de ce sel, par Charteris et Snodgrass. (*Lancet*, 23 janvier.) — Arrêté ministériel belge relatif aux mesures de précaution contre la rage (types de médailles pour chiens et de muselières). (*Mouvement hygiénique*, VII, 444.) — L'organisation de l'hygiène industrielle en Prusse a-t-elle progressé dans les derniers dix ans? La part qui y est faite aux fonctionnaires médicaux est-elle suffisante? par Marx. (*Viertelj. f. œffentl. Gesund.*, XXIII.) — Du phosphorisme, nécrose phosphorée surtout au point de vue de la prophylaxie, par Rémond. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Note sur les dangers du chauffage des voitures par des briquettes de charbon de Paris, par Laborde et Gréhant, (*Bull. acad. méd.*, 19 janvier.) — Sur la pente de l'écriture, par Javal. (*Bull. acad. méd.*, 26 janvier.) — Progrès réalisés en Belgique sur la santé des écoliers par les modifications apportées dans les installations et les programmes scolaires, par Hyac. Kuborn. (*Mouvement hygiénique*, VII, 463.) — Des attitudes vicieuses des écoliers, par Sous. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 février.) — La réglementation légale du commerce des remèdes secrets jadis et aujourd'hui, par Oscar Schwartz. (*Deutsche Viertelj. f. œffent. Gesund.*, XXIII.) — La prostitution en Belgique, par Fiaux. (*Progrès médical*, 2 janvier.) — Sur la prétendue stérilité involontaire des femmes ayant exercé la prostitution, par Fiaux. (in-8° 16 p. *Paris.*) — Prostitution et affections sexuelles, par Oscar Lassar. (*Hygienische Rundschau*, I, 1009.)

Hypnotisme. — L'hypnotisme et le droit, par Cullerre. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Psychologie de la suggestion, par Hans Schmidkunz et Franz Carl Gerster. (*Stuttgard.*) — La loi sur l'hypnotisme en Belgique, par

Merveille. (*Rev. de l'hypnot.*, janvier.) — Les faux témoignages suggérés chez les enfants, par Bérillon. (*Ibid.*) — Considérations juridiques à propos des faux témoignages suggérés, par Guérin. (*Ibid.*) — Délit de vol commis sous l'influence de la suggestion hypnotique, par Voisin. (*Rev. de l'hypnot.*, janvier.) — Sur la valeur thérapeutique de l'hypnotisme, discussion. (*N. York neurol. soc.*, 5 janvier.) — De la thérapeutique par suggestion, par Mosing. (*Wiener med. Presse*, 10 janvier.) — Sur un cas de névropathie douloureuse guérie par suggestion, par Bernheim. (*Rev. de l'hypnot.*, février.) — Anorexie hystérique guérie par la suggestion, par Goix. (*Ibid.*) — Sur un cas d'hémorragie auriculaire, oculaire et palmaire provoquée par suggestion, par Artigalas et Rémond. (*Ibid.*) — De l'emploi thérapeutique de l'hypnotisme chez les aliénés, par Binswanger. (*Therap. Monats.*, mars.) — Thérapeutique suggestive, habitude d'onanisme guérie par suggestion, par Bernheim. (*Rev. de l'hypnot.*, décembre 1891.)

Hystérie. — Des stigmates hystériques, par Blocq. (*Gaz. des hôp.*, 23 janvier.) — Syndrome hystérique simulateur d'une lésion organique protubérantielle, par Gouraud et Martin Durr. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Cas d'hystéro-catalepsie, par Sloan. (*Edinb. med. Journ.*, mars.) — Un cas d'œdème bleu hystérique, par Thibierge. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 mars.) — Sur un cas de paralysie alterne hystérique simulant le syndrome de Millard-Gubler, par Tournant. (*Thèse de Paris*, 10 mars.) — Du sommeil hystérique, par J. Stuard. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 septembre 1891.) — Sur un cas d'amnésie rétro antérograde, probablement d'origine hystérique, par Charcot. (*Rev. de méd.*, février.) — Personnalité triple, par Rosse. (*Journ. of nerv. dis.*, mars.) — Automatisme somnambulique avec dédoublement de la personnalité, par Boeteau. (*Ann. méd. psychol.*, janvier.) — De la diplopie monoculaire dans l'amblyopie hystérique, par Galezowski. (*Soc. de biol.*, 30 janvier.) — Amblyopie hystérique sympathique, par Kalt. (*Soc. d'opht. Paris*, 5 janvier.) — Un cas de mutisme hystérique, par Natier. (*France méd.*, 18 mars.) — Tremblements hystériques de formes variées et combinées avec de la contracture chez le même sujet, par P. Sollier. (*France méd.*, 4, p. 49.) — Sur le tremblement hystérique. Ses modalités, son évolution, par Raymond. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 janvier.) — Note sur l'hémispasme et l'hémiplégie, par Debove. (*Ibid.*, 11 décembre 1891.) — Hystérie chez un saturnin. Hémiplégie droite incomplète. Hémianesthésie, hémispasme facial, par Rendu. (*Ibid.*, 4 décembre 1891.) — Tremblement hystérique présentant à la fois les caractères de la paralysie agitante et de la sclérose en plaques, par Rendu. (*Ibid.*, 29 janvier.) — Hystérie convulsive, idées de persécution et de suicide, guérison, somnambulisme hystérique et somnambulisme hypnotique, par David. (*Rev. de l'hypnot.*, février.) — Un cas de monoplégie hystérique chez un homme, suite de traumatisme, par Blake et Prince. (*Boston med. Journ.*, janvier, p. 12.) — Pseudo-coxalgie hystérique par contracture du psoas iliaque, par de Cérenville. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, 658.) — Hystéria major, paraplégie et vomissements incoercibles datant de 5 ans, guérison par l'or, par Moricourt. (*Gaz. des hôp.*, 2 avril.)

I-K

Ichthyose. — Un cas d'ichthyose congénitale, par Cardone. (*Arch. per sc. med.*, XV, 4.) — Moulage d'un fœtus atteint d'ichthyose fœtale, par Bar.

(*Soc. franç. de dermat.*, 11 février.) — Sur une forme atténuée de la maladie dite ichthyose fœtale, par HALLOPEAU et WATELET. (*Ibid.*, 28 janvier.)

Impetigo. — Un cas d'impétigo herpétiforme, par DUBREUILH. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 janvier.)

Inanition. — Les effets de la gélatine dans l'inanition, par TARULLI. (*Sperimentale,* XLVI, 1.)

Infection. — Infection mixte (par streptocoque et bacterium coli commune), par SEVESTRE et GASTOU. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 décembre 1891.) — Sur une forme lente et insidieuse d'infection par le staphylocoque aureus et citrus, ostéomyélite et abcès du tissu cellulaire évoluant sans provoquer aucune réaction, par WALTER. (*Soc. anat. Paris*, mars, p. 206.) — Les perruches infectieuses, contribution à l'étude de la contagion de la pneumonie, par GASTOU. (*Bull. méd.*, 30 mars.) — Le typhus des perruches, par PETER. (*Ibid.*, 2 avril.) — Infection avec ictère, par GIRODE. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Introduction historique à l'étude de la contagion et de l'infection, par A. RÉMOND. (*Languedoc médical*, 5 février.) — Des infections par le colibacille, par CHANTEMESSE, WIDAL et LEGRY. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 décembre 1891.) — De quelques dangers d'infection inhérents à la profession médicale. par WHITE. (*Boston med. Journal*, février, p. 105.) — Influence du système nerveux sur l'infection, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 6 février.)

Inflammation. — De la soi-disant réaction inflammatoire, par C. DU BOIS-REYMOND. (*Berlin. klin. Wochens.*, 17 août 1891.) — L'irritation formatrice de la protéine de Buchner sur les leucocytes, par Frédérick BOEMER. (*Ibid.*, 7 septembre 1891.) — La guérison spontanée des inflammations et ses limites, par SAMUEL. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXVI, 1.) — Sur une sorte d'immunité à la suite de l'inflammation produite par l'huile de croton. (*Ibid.*, CXXVII, 3.) — Sur l'antiphlogose, par S. SAMUEL. (*Ibid.*, CXXVII, 3.)

Injection. — Série d'expériences sur les injections sous-cutanées d'huiles simples, par TOUVENAINT. (*Bull. de thérap.*, 15 février.) — Stérilisation à froid des liquides organiques par l'acide carbonique liquéfié ; nouveaux perfectionnements aux appareils stérilisateurs et à la préparation des extraits liquides destinés aux injections sous-cutanées thérapeutiques par d'ARSONVAL. (*Arch. de phys.*, IV, 2.) — Les injections rectales antiseptiques dans la grippe et la tuberculose avancée, par VOIGT. (*Lancet*, 9 avril.) — Résultats de la méthode sclérogène, par RECLUS. (*Bull. Soc. de chirurgie*, XVII, p. 707.)

Intestin. — Origine et développement des plaques de Peyer chez les ruminants et les solipèdes, par RETTERER. (*Soc. de biol.*, 26 mars.) — Le colon pelvien, par JONOSCO. (*Thèse de Paris*, 12 mars.) — Position anormale du diverticulum de Meckel, par CLARKSON et COLLARD. (*Journ. of anat.*, avril.) — La digestion des tissus vivants et les parasites intestinaux, par FRENZEL, (*Arch. f. Anat. u. Phys.* p. 293, 1891.) — Les intoxications intestinales chez les nourrissons, par ROMME. (*Tribune méd.*, 25 fév.) — Sur quelques cas obscurs d'hypertrophie des follicules clos et agminés de l'intestin, par SMITH et PARSONS. (*Brit. med. Journ.*, 9 av.) — Entérite catarrhale, par BOTTENTUIT. (*Ibid.*, 16 avril.) — Des diarrhées névropathiques d'origine réflexe, par EYBERT. (*Thèse de Lyon,* janvier.) — Coexistence de la rétention stercorale avec les maladies générales et les lésions des grands viscères, les reins en particulier, par VERNEUIL. (*Bull. méd.*, 23 mars.) — Appendicite,

par Biggam. (*Jour. americ. med. Assoc.*, 27 février.) — La typhlite tuberculeuse chronique. par Broca. (*Gaz. hebd. Paris*, 27 février.) — Tuberculose cœcale, par Hartmann. (*Bull. soc. anat.*, mars, p. 157.) — De la typhlite, par Le Bayon. (*Thèse de Paris*, 13 janvier.) — Appendicite, par Link, (*N. York med. Journ.*, 9 janvier.) — Cause d'erreur dans le diagnostic de l'appendicite, par Talamon. (*La Médecine moderne*, 14 et 21 janvier.) — Sur un cas de perforation double du cœcum, par Ollier. (*Loire méd.*, 15 janvier.) — Analyse de quelques cas de pérityphlite, par Rocheron. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Inflammation et perforation de l'appendice vermiforme, par Lees. (*London clin. soc.*, 12 février.) — Appendicite récurrente, ablation de l'appendice, par Robson. (*Lancet*, 13 février.) — Traitement des appendicites, par Reclus. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 125.) Ulcère perforant du duodénum, par Jollye. (*Brit. med. j.*, 9 janvier.) — Des rétrécissements du duodénum, par Boas. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 septembre 1891.) — Rupture du duodénum, par Heklis. (*Lancet*, 23 janvier.) — Cancer du duodénum au niveau de l'ampoule de Vater, par Oestreich. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 septembre 1891.) — Sarcome du duodénum, par Rolleston. (*London path. soc.*, 5 janvier.) — Oblitération congénitale de l'intestin grêle, par Thomson. (*Edinb. med. Journ.*, mars.) — Sphacèle d'une portion de l'intestin grêle, par Chavannaz. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 fev.) — Etude expérimentale sur le traitement des plaies de l'intestin chez le chien, par Chaput. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Nouvelle méthode de chirurgie intestinale, par Maunsell. (*Americ. j. of med. sc.*, mars.) — Nouveau procédé d'entérorraphie, par Jessett. (*Brit. med. Journ.*, 2 avril.) — Sigmoïdostomie simplifiée, par Reeves. (*Brit. med. Journ.*, 9 janvier.) — La sigmoïdostomie simplifiée, par Marsh. (*Ibid.*, 6 février.) — De l'iléo-colostomie, par Gross. (*Semaine méd.*, 13 février.) — Résection de 22 centimètres du côlon ascendant en même temps que des annexes de l'utérus atteintes de pyosalpinx. Présentation de pièces, par Le Dentu. (*Bull. soc. de chirurgie*, XVIII, p. 662.)

Iris. — L'étiologie des iritis, par de Lapersonne. *Bull. méd.*, 21 février.) — Conjonctivite avec iritis tuberculeuse provoquée par une chenille. par Borel. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, p. 556.) — Inclusion d'une paillette métallique dans l'iris, par Ferron. (*Journ. méd. Bordeaux*, mars.) — Diagnostic local dans l'iridoplégie réflexe monolatérale, par Borthen. (*Nordisk. ophth. Tidsk.*, IV, 3 et *Ann. d'ocul.*, mars.)

Kyste. — Kyste dermoïde de la région mastoïdienne ; kyste dermoïde latéral du front, par Gilis. (*Soc. anat.*, 18 mars et *France médicale*, 2, p. 17.) — Kyste dermoïde osseux, par Chevallereau. (*Soc. d'opht. Paris*, 5 janvier.) Kyste synovial du pli du coude, par Beissat. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 février.)

L

Lacrymal (App.) — Conjonctivite catarrhale chronique succédant à une ablation de la glande lacrymale palpébrale, par Trousseau. (*Soc. d'opht., Paris*, 2 février.) — Imperforation des points lacrymaux, par Ferron. (*Journ. méd., Bordeaux*, 13 mars.) — Le raclage du sac lacrymal, par de Wecker. (*Arch. d'opht.*, novembre 1891.) — Traitement des affections du sac lacry-

mal, par GAMA-PINTO. (*Ann. d'ocul.*, janvier.) — Nouveau procédé opératoire pour le traitement de la dacryocystite, par GUAITA. (*Ibid.*)

Lait. — Examen bactériologique du lait fourni à Boston, par SEDGWICK et BASCHELDER. (*Boston med. journ.*, 14 janvier.) — Des procédés cliniques d'examen du lait des nourrices, par GERSON. (*Thèse de Paris*, 7 avril.) — Les bactéries du lait, par H.-W. CONN. (*Hyg. Rundsch.*, I, p. 686.) — Préparation d'un lait de conserve, par RAOULT PICTET et TH. WEYL. (*Berlin, klin. Wochens.*, 12 octobre 1891). — Nouveau procédé de stérilisation du lait, par TEDESCHI. (*Arch. ital. di pediat.*, janvier.) — Du lait stérilisé et de sa valeur alimentaire chez les nourrissons, par CH. VINAY. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXVI, 226.) — Le lait et le régime lacté, par MALAPERT DU PEUX. (*in*-16, *Paris*, 1891.)

Langue. — Ulcération tuberculeuse de la langue, par MORTON. (*London path. Soc.*, 5 janvier.) — Des angiomes de la langue et de leur traitement, par LEFÈVRE. (*Thèse de Paris*, 12 mars.) — Sur un cas de cancer de la langue à signes insolites, par TRÉKAKI et LENORMAND. (*Gaz. des hôp.*, 17 mars.) — Ablation de la langue par l'écraseur, par WILLIAMS. (*Brit. med. j.*, 2 janvier.)

Laparotomie. — Phlegmon de la paroi abdominale consécutif à une laparotomie, fistule intestinale, entérotomie, par DE LARABRIE. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 46.) — La réouverture et le drainage de la cavité abdominale lors de symptômes graves après laparotomies. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 octobre 1891.) — Peut-on éviter les abcès pariétaux et les hernies après la laparotomie, par HANKS. (*Americ. gyn. Assoc.*, 22 septembre.) — Fistule stomacale consécutive à la laparotomie, par DUDLEY. (*Americ. j. of obst.*, février.) — Détails nécessaires pour la pratique de la laparotomie, par TAIT. (*Lancet*, 12 septembre.) — Compte rendu de 32 laparotomies, par TH. WYDER. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre 1891.)

Larynx. — Myologie du larynx, par KANTHACK. (*Journ. of Anat.*, avril.) — La position de l'épiglotte dans la deglutition, par STUART et M. CORMICK. (*Journ. of Anat.*, janvier.) — Rapports des affections des voies aériennes supérieures avec les états constitutionnels, par ROBINSON. (*New-York med. journ.*, 26 mars.) — Un cas de phonation intervertie, par RAULIN. (*Marseille médical*, 1, p. 27.) — Conditions favorisant la vocalisation nette, par DOWNIE. (*Practitioner*, mars.) — Du vertige laryngé, par PHILLIPS. (*Med. News.*, 19 mars.) — Un cas de vertige laryngé, par ADLER. (*N. York med. journ.*, 30 janvier.) — De la paralysie des tenseurs externes des cordes vocales, par MAJOR. (*Ibid.*, 20 février.) — Toux et bruits laryngés chez les hystériques, les choréiques, les tiqueux et dans quelques autres maladies des centres nerveux, par CHARCOT. (*Arch. de neurol.*, janvier.) — Le tremblement des cordes vocales et les troubles de la phonation dans la sclérose en plaques, par COLLET. (*Ann. mal. de l'or.*, février.) — Des paralysies laryngées dans l'ataxie locomotrice, par FRAENKEL. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 octobre 1891.) — Chorée du larynx, par FURUNDARENA-LABAT. (*Rev. de laryng.*, 15 février.) — Chorée laryngée, par NICOLL. (*Lancet*, 12 mars.) — Un cas d'arthrite crico-aryténoïdienne rhumatismale aiguë, par LUC. (*Bull. Soc. de laryng. Paris*, janvier.) — Herpès du larynx, par SCHOLEFIELD. (*Lancet*, 30 janvier.) — Œdème aigu du larynx, résultat de pyémie, mort, par BRYAN. (*Med. News*, 6 février.) Catarrhe aigu du larynx, par GORDON HOLMES. (*Lancet*, 6 février.) — Sur le traitement de la laryngite aiguë secondaire ou primitive par le perchlo-

rure de fer, par Zinnis. (*Arch., ital. di pediatria*, septembre 1891.) — Laryngite aiguë après cautérisation à l'iodure de mercure, par Kanasugi. (*Berlin. klin. Wochens.*, 7 septembre 1891.) — Du traitement des ulcérations du larynx par la résorcine, par Tymowski. (*Rev. intern. de rhinol.*, II, 3.) — 3 cas d'actinomycose du larynx, par Mündler. (*Beit. zur klin. Chir.*, VIII.) — Sur un cas de tuberculose primitive du larynx, par Trékaki. (*Ann. mal. de l'or.*, février.) — Tuberculose laryngée guérie par la méthode de Koch, par Renvers. (*Berlin. klin. Wochens*, 7 septembre 1891.) — Sur la faculté de résorption complète des infiltrations tuberculeuses, par Heryng. (*Archivos intern. de rinol.*, mars.) — Traitement de la tuberculose du larynx, par Gouguenheim. (*Rev. gén. de Clin.*, 10 février. — Traitement de la tuberculose laryngée par l'acide lactique, par Weed. (*N. York. med. journ.*, 9 janvier.) — Tubage dans les rétrécissements d'origine tuberculeuse du larynx, par Hopkins. (*N. York med. journ.*, 27 février.) — Contribution au traitement opératoire de la tuberculose du larynx, par C. Stork. (*Wien. med. Wochensch.*, 3 et 4.) — Coïncidence de la syphilis et de la tuberculose, par de la Sota y Lastra. (*Archivos int. de laryng.*, janvier.) — Lupus primitif du larynx, par Moritz. (*Manchester med. Soc.*, 3 février.) — Influence de la trachéotomie sur les affections du larynx, par Arthur Kuttner. (*Berlin. klin. Wochens.*, 31 août 1891. — Dysphonie temporaire produite par une tumeur du cou, par Pergens. (*Archivos intern. de rinol.*, février.) — Thyrotomie chez l'enfant pour l'ablation de tumeurs laryngées, par Mules. (*Brit. med. j.*, 27 février.) — Papillomes du larynx chez l'enfant, par Symonds. (*Hunterian Soc.*, 27 janvier.) — Papillomes confluents et récidivants chez une fillette de 6 ans. Trachéotomie. Tentatives d'opérations endolaryngées. Deux thyrotomies. Guérison, par Périer. (*Bull. Acad. de Méd.*, 15 mars.) — Epithélioma intrinsèque du larynx, par Asch. (*N. York med. journ.*, 27 février.) — Cancer du larynx, par Krause. (*Berlin. klin. Wochens.*, 7 septembre 1891.) — Extirpation du larynx pour cancer, par Caponotto. (*Riforma med.*, 25 janvier.) — Extirpation totale du larynx, cancroïde, par Wolff. (*Soc. de méd. berlinoise*, 13 janvier.) — Trois observations de laryngotomie intercrico-thyroïdienne, par Schwartz. (*Arch. intern. de laryng.*, IV, 6.) — Os dans le larynx d'un enfant, trachéotomie, ablation de l'os, difficulté de retirer la canule par suite de la paralysie des abducteurs, par West. (*Lancet*, 9 avril.) — De la dilatation du larynx, par Paul. (*Soc. de thérap.*, 10 février.) — Mes résultats avec le tubage du larynx, par Bokai. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIII, 3.) — Tubage du larynx dans la diphtérie, 15 cas, par Hunter-Mackenzie. (*Edinb. med. journ.*, janvier.) — Abcès bronchectasique dû à l'introduction d'un tube de O'Dwyer, par Sutherland. (*Lancet*, 23 janvier.)

Lèpre. — Préparations microscopiques des lésions de la lèpre cutanée, par L. Philippson. (*Berlin. klin. Wochens.*, 9 novembre 1891.) — La lèpre à Madura, par van Allen. (*New York med record.*, p. 566, novembre 1891.) — Visite à l'hôpital des lépreux de San-Remo, par Duhring. (*Americ. j. of med, sc.*, mars.) — Lèpre, par Laurent. (*Med. News*, 5 mars.) — La lèpre mutilante dans le sud de l'Afrique, par Hicks. (*Brit. med. journ.*, 23 janvier.) — L'origine et la diffusion de la lèpre à Parcent (Espagne), par Thin. (*Lancet*, 16 janvier.) — La lèpre dans le Minnesota, par Gronvald. (*Lancet*, 26 mars.)

Leucémie. — 2 cas de tumeurs de la peau et des muscles dans la pseudoleucémie, par Riedel. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 octobre 1891.) — 28 cas de leucémie, par Weber. (*St-Petersb. med Woch.*, 13 février.)

Leucoplasie. — Leucoplasie buccale chez un malade atteint de vitiligo, par Ducastel. (*Soc. franç. de Dermat.*, 11 février.) — Traitement de la leucoplasie, par Brocq. (*Rev. gén. de Clin.*, n° 50, 1891.)

Lèvre. — Épithélioma de la lèvre chez les femmes, par Beadles. (*Brit. med. j.*, 2 avril.) — 2 cas d'épithélioma de la lèvre chez des femmes, par Moxham. (*Ibid.*, 9 avril.) — Épithélioma de la lèvre chez la femme, par Williams. (*Ibid.*, 16 avril.) — Enchondro-fibrome de la lèvre supérieure, homme de 76 ans, par Roux. (*Lyon méd.*, 27 mars.)

Lichen. — Lichen plan et hydrothérapie, par Jacquet. (*Soc. franç. de Dermat.*, 14 janvier.) — Des lichénifications des téguments, par Brocq. (*Gaz. des hôp.*, 20 février.) — Sur un cas de lichen scrofulosorum et la nature tuberculeuse de cette affection, par Hallopeau. (*Soc. franç. de Dermat.*, 10 mars.) — Lichen ruber plan rapidement guéri par l'arsenic, par H. Muller. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 août 1891.)

Lupus. — Sur un lupus érythémateux végétant, par Hallopeau. (*Soc. franç. de Dermat.*, 11 février.) — Lupus primitif du pharynx, par Wright. (*Med. News.*, 9 janvier.) — Lupus tuberculeux verruqueux, par Cognac. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 février.) — Traitement du lupus cutané, par Kramer. (*Cent. f. Chir.*, 27 février.) — Le traitement du lupus par la méthode de Koch, par Elsenberg. (*Wiener Med. Presse*, 3 janvier.) — Présentation d'un cas de lupus traité par la tuberculine, par Senator. (*Berlin. klin. Wochens.*, 23 novembre 1891.)

Luxation. — De l'arthrotomie dans les luxations anciennes ou irréductibles, par Perdriat. (*Thèse de Paris*, 16 mars.) — Luxation d'un cartilage costal, par Aunis. (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 mars.) — Luxation spontanée de la main, par Bode. (*Berlin. klin. Wochens.*, 7 septembre 1891.) — Sur les luxations irréductibles du pouce et du gros orteil, traitées par opération, par Lloyd. (*Lancet*, 27 février.) — Luxation du poignet par Ferron. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 février.) — Traitement de la luxation ancienne des phalanges, par Lovett. (*Boston med. Journal*, janvier, page 54.) — Luxation du coude gauche en arrière, épanchement sanguin considérable, etc., par Annequin. (*Dauphiné méd.* 1er février.) — Luxation rare du coude, par Conner. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 12 mars.) — Séries de luxations congénitales du radius, par Abbott. (*London path. Soc.*, 5 avril.) De la luxation obturatrice paralytique, par Reher. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 septembre 1891.) — Luxation iliaque d'origine traumatique de la hanche droite, datant de 13 ans, par Porte. (*Rev. d'orthop.*, III, 1.) — Traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode sclérogène, par Lannelongue. (*Bull. Soc. chir.*, XVII, p. 770.) — Luxation congénitale de la hanche, par Phelps. (*Boston med. Journal*, janvier, p. 77.) — Traitement de la luxation congénitale de la hanche, par Barwell. (*Royal med. and chir. Soc.*, 22 mars.) — La luxation traumatique du genou en avant, par Adam. (*Gaz. des hôp.*. 30 janvier.) — Luxation double de la rotule d'origine spontanée, par Audry. (*Lyon méd.*, 27 mars.) — Luxation avec renversement de l'astragale, extirpation de l'os, par Pick. (*Lancet*, 26 mars.) — Luxation totale de l'astragale par renversement, sans plaie, arthrite tibio-tarsienne suppurée, énucléation de l'astragale, résection de la malléole externe, guérison, par Régnier. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 90.) — Luxation de l'astragale en avant et en dehors, extirpation de l'astragale, par Gérard Marchant. (*Ibid.*, XVIII, p. 112.)

Lymphatique. — Ganglion calcifié du cou, probablement de nature tuber-

culeuse, par DUBAR. (*Bull. soc. Anat.*, mars, p. 160.) — Sur la calcification des ganglions lymphatiques, par COLIN. (*Bull. Acad. méd.*, 26 janvier.) — Du rôle du tissu adipeux dans la structure des néoformations lymphatiques, par C. BAYER. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, 6, p. 517, 1891) — De l'adéno-lymphocèle, par POIX. (*Thèse de Bordeaux.*) — Lymphangiome circonscrit, par HARTZELL. (*Med. News*, 16 janvier.) — Lymphadénome généralisé, par DUFFAU. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 février.

M

Main. — Difformité anormale des mains et des pieds causée par la scrofule, par STALKER et GREIG. (*Edinb. med. journ.*, avril.) — Main droite à quatre doigts, d'origine congénitale, par C. STRECKER. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXVII, 1.) — Enfant atteint de sexdigitisme, par PORAK. (*Mém. soc. de méd. prat.*, 15 février.) — Anomalies des ongles des doigts, par SMITH. (*Journ. of anat.*, avril.)— Sur un cas de malformations congénitales des doigts et des orteils, par LAYRAL. (*Loire méd.*, 15 février.) — De la suppression héréditaire des doigts, par LUCAS. (*Lancet*, 27 février.) — Opération de la syndactylie congénitale (procédé autoplastique), par FELIZET. (*Rev. d'orthop.*, III, 1) — Remise en place des phalanges unguéales de l'annulaire et du medius, complètement détachées des membres, par GLUCK. (*Berlin. klin. Wochen.*, 30 novembre 1891.) — Sur deux cas de mains botes d'origine congénitale, par KIRMISSON et SAINTON. (*Rev. d'orthop.*, III, 2.)

Maladies professionnelles. — Recherches sur la phtisie des faïenciers, par PATÉ. (*Thèse de Paris*, 11 fév.) — Maladies professionnelles des typographes, par H. ALBRECHT. (*Hygienische Rundschau*, I, p. 628.)

Malformations. — Note sur des malformations identiques sur deux jumeaux, par WINDLE. (*Journ. of anat.*, avril.)— Un cas de macrosomie, par BRUENAUER. (*Wiener med. Woch.*, 2 janvier.)

Mamelle. — Sur les conduits dits villeux de la mamelle, par WILLIAMS. (*Lancet*, 16 avril.) — Sur la guérison rapide des abcès intra-glandulaires du sein, par HACHE. (*Rev. de chir.*, mars.) — Les mamelles et leurs anomalies, par MC GILLICUDDY. (*New-York med. record*, p. 446, octobre 1891.) — Lipome intra-glandulaire du sein, par BÉGONIN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 fevier.)— Adénome fibro-cystique d'un nodule mammaire surnuméraire par FORBES. (*Med. News* 5 mars.) — Etat pathologique de la mamelle dans le cancer, par JOHNSON. (*London path. soc.*, 5 janvier.) — Quelques modifications histologiques de la mamelle dans les cas de cancer, par BEADLES. (*Ibid.*) — Les lésions insidieuses du cancer mammaire, par SNOW. (*Brit. med. journ.*, 12 mars.) — Cancer récidivé du sein, propagation aux nerfs de l'aisselle, par PILLIET. (*Soc. anat. Paris*, 26 février.) — Remarques sur l'opération de l'ablation du sein et le traitement consécutif, par PEARCE GOULD. (*Lancet*, 20 février.) — Technique des amputations du sein, par SCHWARTZ. (*Rev. gén. de clin.*, n° 3.)

Massage. — Massage avec mouvements vibratoires rapides, par TAYLOR. (*New-York med. journ.*, 2 avril.) — Etude clinique et expérimentale sur le massage, par CASTEX, (*Arch. de méd.*, janvier.) — Du massage dans les

affections médicales, par Barié. (*Rev. gén. de clin.*, n° 3.) — Traitement des affections de l'épaule par le massage, par Archambaud. (*Thèse de Paris*, 24 mars.) — Du massage gynécologique, par Duhrssen. (*Berlin. klin. Wochen.*, 28 septembre 1891.)

Maxillaire. — Suppuration de l'antre d'Highmore, par Kelly. (*Glasgow med. journ.*, février.) — De la fréquence de l'empyème latent bilatéral de l'antre d'Highmore et de la nécessité du lavage explorateur méthodique de cette cavité dans les cas de blennorrée nasale, par Lichtwitz. (*Ann. mal. de l'or.*, février.) — Du diagnostic de l'empyème du sinus maxillaire au moyen de la transparence de la face, par Milsom. (*Marseille méd.*, 30 janvier.) — La lumière électrique pour les maladies du sinus maxillaire, par Robertson. (*Journ. of laryng.*, février.) — Ankylose de la machoire, résection des condyles, par Vallas. (*Lyon méd.*, 10 avril.) — Contribution à l'étude des redressements et des restaurations du maxillaire inférieur, par C. Martin. (*Lyon méd.*, 27 mars.) — Opération pour une ancienne luxation de la màchoire, par Dawbarn. (*New York Acad. of med.*, 8 fév.)

Médecine (hist.). — Essai sur les maladies du cœur depuis Erasistrate jusqu'à Sénac, par Quantin. (*Thèse de Paris*, 31 mars.) — La méthode de Zadig en médecine, par Brunton. (*Brit. med. journ.*, 2 janvier.)

Médecine légale. — Rapport sur la peine capitale à la société de l'Etat de New-York, par Jacobi, Wey et Sherman. (*New-York med. journ.*, 5 mars.) Rapport médico-légal sur un cas de mort par submersion, par Cohn. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, II, 265.) — Rapport au comité consultatif supérieur prussien sur l'état mental d'un détenu, par Jolly (*Ibid.*, II, p. 213.) — Rapport médico-légal sur une tentative d'empoisonnement homicide par une hystérique, par Fauser. (*Ibid.*, II, p. 278.) — Des phénomènes de putréfaction chez les noyés dans l'eau de mer et dans les pays chauds, par Corre. (*Arch. d'anthrop. crimin.*, VII, 37.) — De la rupture du tympan au point de vue médico-légal, par Groussin. (*Rev. gén. de clin.*, n° 2.) — Observations médicales d'un intérêt général, faites pendant des voyages au Mexique, dans les années 1885 à 1890, par C. Heineman (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXVI, 2.) — Essai sur la psychologie des foules ; considérations médico-judiciaires sur les responsabilités collectives, par Fournial. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — De l'identité établie par l'étude du squelette, par Tourtarel. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Essai sur les sévices envers les enfants, par de Libessart. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Etude médico-légale de la précipitation, chute d'un lieu élevé et particulièrement des lésions viscérales, par Bonnetti. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Les empreintes latentes relevées par des procédés spéciaux au point de vue d'anthropologie criminelle, par Forgeot. (*Thèse de Lyon*, 8 janvier.) — Considérations médico-légales sur la séquestration des morphinomanes, par Gorodichze. (*Rev. de l'hypnot.*, janvier.) — De la reconstitution du signalement anthropométrique au moyen des vêtements, par Bertillon. (*Thèse de Paris*, 24 mars.) — Epilepsie. Tentative d'assassinat en dehors de l'etat épileptique. Responsabilité, par L. Prioleau. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXVI, 294.)

Médecine milit. — Contribution à l'histoire médico-militaire de la Jamaïque, par Maunsell. (*Jamaïca Government print. Establ.*, 1891.) — Organisation du service de santé de l'armée allemande en temps de paix. (2 vol., *Berlin* 1891.) — L'état sanitaire de l'armée française en 1889, par Burlureaux. (*Arch. de méd. milit.*, janvier.) — Notes sur le service de santé anglais,

par Longuet et Schneider. (*Arch. de méd. milit.*, mars.) — Suicides dans les armées européennes, par R. Longuet. (*Rev. d'hyg.*, XIII, 351.) — Considérations sur l'âge qui convient le mieux au service militaire, par Etienne Démetresco. (*Mouvement hygiénique*, VII, 390.) — Doigt à ressort et service militaire, par Nimier. (*Arch. de méd. milit.*, janvier.) — L'éducation du sens de la vue chez le soldat, par Trifaud. (*Arch. de méd. milit.*, fév.) Hémophtalmie grave déterminée par la détonation d'un canon de fort calibre, expériences sur le mode d'action de ce genre de détonation, par Léque. (*Ibid.*, fév.) — L'épidémie de fièvre typhoïde de la garnison de Lyon en 1890, par Marvaud. (*Ibid.*, janv.) — Sur la marche de la fièvre typhoïde au quartier Dupleix, 1890-91, par Petit. (*Ibid.*) — Sur une altération du biscuit de troupe, par Strœbel. (*Arch. de méd. milit.*, janvier.) — Prophylaxie de la fièvre typhoïde dans l'armée française, par Schneider. (*Rev. d'hyg.*, XIII, 845.) — Publications de médecine militaire, 1[er] fascicule. Recherches historiques sur l'enkystement et la migration des balles, par A. Kœhler. (*Berlin.*) — Contribution à l'hygiène navale, étude hygiénique des croiseurs rapides de 3[e] classe, par Bailly. (*Thèse de Bordeaux.*)

Mèlanose. — Evolution particulière d'une récidive de mélanosarcome, par Zilgien. (*Gaz. hebd. Paris*, 16 janvier.) — Des tumeurs mélaniques du mésentère, par Petibon. (*Thèse de Paris*, 2 mars.)

Méninge. — Méningite cérébro-spinale à pneumocoques chez une femme atteinte de tuberculose pulmonaire par Thibierge. (*Mercredi méd.* 23 mars.) — Méningite cérébro-spinale à pneumocoques chez une femme atteinte de tuberculose, congestion pulmonaire à pneumocoques, par Ghika. (*Soc. anat.*. février, p. 99.) — Deux cas de méningite urétrospinale chez des frères, par Oebeke. (*Berlin. klin. Wochen.*, 12 octobre 1891.) — Méningite basilaire cinq semaines après un traumatisme de la tête, par Burrough, (*New York med. journ.*, 9 janvier.) — Tumeurs méningées de la région préfontale, par Lloyd, (*Journ. of nerv. dis.*, janvier.) — Des sarcomes de la dure-mère cranienne, par Carmenal y Ramos. (*Thèse de Madrid.*)

Menstruation. — Aménorrhée congénitale et menstruation supplémentaire, par Withrow. (*Americ. j. of obst.*, février.) — Menstruation supplémentaire pendant la grossesse, par Norton. (*Americ. j. of obst.*, février.) — De la menstruation en pathologie oculaire, par Pargoire. (*Thèse de Paris*, 7 avril.)

Mérycisme. — Mérycisme et son traitement, par Henry. (*Therap. Gaz.*, 15 janvier.)

Moelle. — Cellules ganglionnaires des racines antérieures de la moelle, par Hoche. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 septembre 1891.) — Sur le double entrecroisement des conducteurs (filets nerveux, faisceaux, cordons) cérébrospinaux, par Unverricht. (*Wiener med. Presse*, 3 janvier.) — La moelle chez l'enfant, par Ballantyne. (*Edinb. med. journ.*, avril.) — La régénération de la moelle épinière, par Gley. — *Idem*, par Brown-Séquard. (*Arch. de phys.*, IV, 2.) — Effet de certains médicaments sur l'excitabilité réflexe de la moelle, par Stirling. (*Journ. of anat.*, avril.) — Hémorragie non traumatique de la moelle, par Kindred. (*Med. news*, 13 février.) — Hémorragie médullaire, par Preston. (*Ibid.*, 19 mars.) — Paralysie vésicale au début de la myélite aiguë, par Posner. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 septembre 1891.) — Etude clinique et anatomo-pathologique d'un cas de polyomyélite antérieure, avec lésions nerveuses périphériques, par Bullen. (*Journ. of ment. sc.*, janvier.) — Polyomyélite, par Eskridge. (*Med. news*,

20 février.) — Des troubles trophiques dans la maladie de Morvan et dans l'hémiatrophie faciale, par JOLLY. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 septembre 1891.) — Sclérose des cordons postérieurs, leptoméningite postérieure chronique et syringomyélie chez un syphilitique de 45 ans, par EISENLOHR. (*Ibid.*, 14 septembre 1891.) — Sur un fait de syringomyélie, par DESNOS et BABINSKI. (*Soc. méd. des hôpitaux,* 11 décembre 1891.) — Observations de syringomyélie, par HUGHLINGS JACKSON et GALLOWAY. (*Lancet*, 20 février.) — Essai sur la syringomyélie, par CRITZMANN. (*Thèse de Paris*, 18 février.) — Contribution à l'étude diagnostique de la syringomyélie, par KNOPPEK. (*Wiener med. Presse,* 17, 31 janvier.) — Nature et causes des scléroses de la moelle, par DANA. (*New-York med. journ.*, 9 janvier.) — Nouvelles recherches sur le tabes, par MOEBIUS. (*Schmidt's Jahrb.*, 1.) — Recherches de l'ataxie naissante, par FOURNIER. (*Bull. méd.,* 10 février.) — Anatomie pathologique du tabes, par DARIER. (*Gaz. hebd. Paris*, 30 janvier.) — Association du tabes avec le diabète sucré, par GUINON et SOUQUES. (*Arch. de neurol.*, mars.) — Ophtalmoplégie nucléaire au cours du tabes, par RENDU. (*Bull. méd.*, 16 mars.) — Tabes dorsalis pré-ataxique avec atrophie du nerf optique, par PERSHING. (*Med. news*, 26 mars.) — Arthropathies précoces dans le tabes dorsalis, par CHARCOT. (*Semaine méd.*, 27 février.) — Formes de pseudo-tabes dues au saturnisme, à l'alcoolisme, etc., par LLOYD. (*Med. news*, 2 avril.) — Deux cas de paraplégie ataxique, par BULLEN. (*Journ. of ment. sc.*, avril.) — Des troubles trophiques dans les affections médullaires, par JOLLY. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 37, 14 septembre 1891.) — La méthode de Bonuzzi dans le traitement du tabes, par BENEDIKT. (*Wiener medizinische Presse*, 3 janvier. — Commotion de la moelle, par MACDOUGALL. (*Lancet,* 16 avril.) — Sur les caractères anatomiques et sur le traitement des plaies par coups de feu de la moelle. Trois observations personnelles de trépanation du rachis, par VINCENT. (*Rev. de chir.*, février.) — Section de la moelle par balle de revolver, par TUFFIER. (*Bullet. soc. de chirurgie*, XVII, p. 708.) — Chirurgie de la moelle, par CHURCH. (*Americ j. of med. sc.*, avril.)

Molluscum. — Le molluscum contagiosum au point de vue de l'anatomie pathologique, par BITSCH. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIII, 3.) — Molluscum contagiosum, par GRAHAM. (*Journ. of cut. dis.*, mars.) — Histologie du molluscum, par MACALLUM. (*Ibid.*)

Monstre. — La tératogénie expérimentale, par DARESTE. (*Rev. scientif.*, 9 janvier.) — Monstruosités humaines, par HIRST et PIERSOL. (2e *fasc.*, *Philadelphie.*) — Estanislao arichi, monstre double parasitaire, endocymien dermocyme, par LÉON. (*Arch. de tocol.*, février.)

Mort. — De la mort subite dans ses rapports avec l'hérédité névropathique, par CULLERRE. (*Ann. méd. psych.* janvier.) — De la mort subite. Phénomènes d'inhibition ayant pour point de départ l'utérus. Etude physiologique et médico-légale, par BONVALOT. (*Thèse de Paris*, 25 février.)

Mortalité. — La mortalité dans les département de Côtes-du-Nord, par Paul AUBRY. (*Ann. d'hyg. publ.*. XXVI, 348.) — Mortalité par profession à Paris, par Jacques BERTILLON ; *idem* en Angleterre, par OGLE. (*Rev. d'hyg.*, XIII, 877 et 878.) — La mortalité des enfants au-dessous de un an, et les mesures sanitaires propres à l'éviter, par Hugo BERNHEIM. (*Wurzbourg*, 1891.)

Morve. — Farcinose cutanée du centre de la face chez un homme de 74 ans, n'ayant eu aucun rapport avec des animaux ou des individus atteints de

morve ou de farcin, par Besnier. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 mars.) — De l'action bactéricide du sérum de sang de bovidés sur le virus morveux et de l'action curative de ce sérum dans la morve expérimentale du cobaye, par Chenot et Picq. (*Soc. de biol.*, 26 mars.) — Expériences sur la lymphe morveuse (malléine), par Preusse ; même sujet par Heyne. (*Berlin. Thieraerztl. Wochens.*, VII et *Hyg. Rundsch*, I, 1055.) — 2e cas de morve guéri par les frictions mercurielles, par Jacob Gold. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 octobre 1891.)

Mucus. — Du mucus et des substances mucogènes, par A. Kossel. (*Berlin. klin. Wochens.*, 2 novembre.)

Muscle. — Anatomie comparée des muscles et des nerfs des extrémités supérieures chez l'apes anthropoïd, par Hepburn (*Journ. of anat.*, avril.) — Sur la circulation dans les muscles en activité physiologique, par Kaufmann. (*Arch. de phys.*, IV, 2.) — Sur l'excitation musculaire produite par les courants induits de fermeture, par Courtade. (*Ibid.*, IV, 2.) — Consommation du sucre par les muscles ; origine probable du glycogène musculaire, par Morat et Dufourt. (*Ibid.*, IV, 2.) — Oscillations quotidiennes du travail musculaire en rapport avec la température du corps, par Patrizi. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 1.) — Quelques mots sur la phagocytose musculaire, par Bataillon. (*Soc. de biol.*, 2 avril.) — Recherches sur la consommation du sucre par les muscles; origine probable du glycogène musculaire, par Morat et Dufourt. (*Lyon méd.*, 7 février.) — Sur quelques circonstances qui modifient les échanges nutritifs pendant le travail musculaire, par Lœwy. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, p. 350, 1891.) — Lésions des muscles dans un cas d'hypertrophie, congénitale (gigantisme), par J. Hoffmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1er septembre 1891.) — Diathèse de contracture, par Richer. (*Nouvelle Iconogr, de la Salpêtrière*, n° 5, 1891.) — De la cure radicale des hernies, par Nimier. (*Arch. de méd. milit.*, avril et *Mercredi méd.*, 20 janvier.) — De l'atrophie musculaire progressive, par Blocq. (*Gaz. hebd. Paris*, 23 janvier.) — Des myopathies pseudo-hypertrophiques des membres inferieurs d'origine infectieuse, neurotique ou vasculaire indépendantes des dystrophies congénitales, par Annequin. (*Arch. de méd. milit.*. février.)

Mycosis. — Deux observations nouvelles pour servir à l'histoire clinique du mycosis fongoïde et particulièrement de la période prémycosique de cette maladie, par Besnier. (*Ann. de dermat.*, III, 3.) — Un cas de mycosis fongoïde, par Tennesson. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 janvier.) — Etude du mycosis fongoïde, 2 cas, par Stelwagon et Hatch. (*Journ. of cutan. dis.*, janvier.)

Myopie. — La myopie comme résultat d'une anomalie constitutionnelle, par Batien. (*Opht. review*, janvier.) — Répartition géographique de la myopie, par Nimier. (*Soc. franç. d'opht.*, 5 janvier.) — Myopie forte, extraction du cristallin transparent, par Valude. (*Ibid.*, 5 janvier.) — Traitement de la myopie, par Valude. (*Ibid.*, 5 janvier.)

Myxœdème. — L'élément nerveux dans le myxœdème, par Whitwell. (*Brit. med. j.*, 27 février.) — Myxœdème traité par la greffe thyroïdienne, par Harris et Wright. (*Lancet*, 9 avril.) — Myxœdème traité par le massage et les injections hypodermiques de thyroïde de mouton, par Beatty. (*Brit. med. j.*, 12 mars.) — Myxœdème avec aliénation traité par les injections d'extrait de thyroïde, par Carter. (*Ibid.*, 16 avril.)

N

Nerf. — Anatomie des nerfs superficiels, par Stewart. (*Edinb. med. Journ.*, avril.) — Les formations annulaires des fibres nerveuses, par Gaule et Johansson. (*Cent. f. Phys.*, V, p. 299.) — Étude sur les vaisseaux sanguins des nerfs, par Quénu et Lejars. (*Arch. de neurol.*, janv.) — Sur le développement des fibres du grand sympathique, par Taft. (*Soc. de biol.*, 19 mars.) — Sur les fibres d'origine du nerf dépresseur, par Spallita et Consiglio. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 1.) — Sur les fibres d'arrêt de la respiration dans le tronc du vague, par Consiglio. (*Ibid.*, XVII, 1.) — Y a-t-il des nerfs inhibiteurs, par Morat. (*Acad. des sc.*, 14 mars.) — Sur une anomalie du nerf grand hypoglosse, par Buffet-Delmas. (*Ibid.*, 14 mars.) — Inhibition du hoquet par une pression sur le nerf phrénique, par Leloir. (*Ibid.*, 18 janv.) — Des fonctions respiratoires du nerf vague, par Corin. (*Bull. acad. des sc. de Belgique*, déc. 1891.) — Hyperkinésie du spinal, par Bonnet. (*Lyon méd.*, 6 mars.) — Névralgie des deux premières branches du trijumeau; arrachement et résection du nerf sus-orbitaire; 3 mois plus tard, névralgie du sous-orbitaire; arrachement et résection de ce nerf; guérison, par Krœnlein. (*Corresp. Blatt f. schweizer Ærzte*, 15 août 1891.) — Névralgie sous-orbitaire rebelle, guérie par l'arrachement du nerf sous-orbitaire, par Fromaget. (*Journ. méd. Bordeaux*, 13 mars.) — Névralgie faciale datant de 19 ans; résection du tronc du nerf frontal, du nerf maxillaire supérieur, du nerf mentonnier et d'une portion du nerf dentaire inférieur, par Villar. (*Ibid.*, 21 février.) — Névralgie du lingual, résection du nerf, guérison, par Dubrueil. (*Semaine méd.*, 16 janv.) — Traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau, par Rose. (*Brit. med. J.*, 9 janv.) — Les purgatifs dans le traitement des névralgies, par Kisch. (*Therap. Monats.*, avril.) — Traitement électrique de la névralgie sciatique, par Michaud. (*Thèse de Bordeaux.*) — Névrite multiple subaiguë, par Eskridge. (*Journ. of nerv. dis.*, fév.) — Névrite rhumatismale aiguë, par Thomas. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 27 fév.) — Névrite multiple consécutive à un cancer de l'estomac, par Gerhardt (*Progresso med.*, 29 fév.) — Névrite optique comme forme de névrite périphérique, par Hubbell. (*N. York med. Journ.*, 23 janv.) — Traitement de la névrite sciatique, par Gundrum. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.) — Des effets catalytiques du courant galvanique dans le traitement des sciatiques, des crampes professionnelles, des tics de la face, etc., etc., par Moritz Meyer. (*Berlin. klin. Wochens.*, 3 août 1891.) — Compression du nerf cubital par des bandes de tissu fibreux; accidents survenus après une fracture double des os de l'avant-bras; opération, guérison, par Blum. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — De la paralysie du plexus brachial, des troubles de la sensibilité dans les paralysies axillaires, par Pagenstecher. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIII, 3.) — Un cas de suture du nerf radial, par Gluck. (*Berlin. klin. Wochens.*, 30 novembre 1891.) — Un cas de névrome, par Rogers. (*Med. News*, 16 janv.) — Névrectomie intracrânienne des 2e et 3e branches de la 5e paire, par Hartley. (*N. York med. Journ.*, 19 mars.)

Nerveux. — Nouveaux anneaux ou anneaux intercalaires des tubes nerveux produits par l'imprégnation d'argent, par Ségall. (*Acad. des sc.*, 7 mars.)

— Des procédés à employer pour l'étude anatomique et photographique du système nerveux, par Luys. (*Bull. méd.*, 6 janv.) — Anatomie de l'appareil nerveux hypogastrique des mammifères, par Lannegrace. (*Acad. des sc.*, 21 mars.) — Contribution à la connaissance plus exacte des éléments qui composent les centres nerveux grâce au procédé de l'iodure de palladium, par Paladino. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 1.) — Pathologie et thérapeutique des maladies du système nerveux, manuel pratique à l'usage des étudiants et des médecins, par Louis Hirt. Traduit par M. Jeanne. (*Liège.*) — Principes généraux du diagnostic des maladies du système nerveux, par Gowers. (*Lancet*, 20 fév.) — Du choc nerveux consécutif aux grandes catastrophes et particulièrement aux explosions, par Regnard. (*Soc. de biol.*, 2 avril.) — Contribution aux maladies familiales du centre nerveux, par Bernhardt. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXVI, 1) — Astasie-abasie à type choréique, arrêt instantané de l'astasie-abasie par la pression de certaines régions, par Weill. (*Arch. de neurol.*, janv.) — Des affections toxiques du système nerveux, par H. Oppenheim. (*Berlin. klin. Wochens.*, 30 novembre 1891.) — De l'élimination des phosphates dans les maladies du système nerveux et de l'inversion de leur formule dans l'hystérie, par Voulgre. (*Thèse de Lyon*, janv.) — Athétose générale par Hagan. (*N. York med. Journ.*, 16 janv.) — Le bicycle dans le traitement des maladies nerveuses, par Hammond. (*Journ. of nerv. dis.*, janv.)— L'air comprimé dans le traitement des maladies nerveuses, par L. Corning. (*New York med. Record*, p. 225, août 1891.)

Névrose. — Sur les névroses du nerf vague, par Rescoussié. (*Thèse de Paris*, 25 fév.) — Nouvelles observations sur les névroses traumatiques, par Schulke. (*Berlin. klin. Wochens*, 14 septembre 1894.) — Des névroses traumatiques, par Sahli. (*Corresp. Blatt f. schweizer Ærzte*, 1er octobre 1891.) — Des névroses communes, élément névrosique dans la maladie, son traitement, par Goodhart. (*Lancet*, 16 janv.) — Migraine par auto-intoxication, par Navarre. (*Lyon méd.*, 6 mars.) — Migraines oculaires, par Chency. (*Boston med. journ.*, 7 janv.) — De l'état du mal migraineux, par Féré. (*Rev. de méd.*, janv.) — Signes objectifs de la neurasthésie, par Lœwenfeld. (*Mercredi méd.*, 3 fév.) — Considérations au sujet de la névropathie et de la neurasthénie, par Levillain. (*Rev. de l'hypnot.*, fév.) — Du vertige, par Maxson. (*N. York med. journ.*, 23 janv.) — De la catatonie de Kahlbaum, par Ostermayer. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLVIII, p. 481.) — Hydrothérapie et neurasthénie, par Bottey. (*Rev. d'hyg. thér.* fév.) — Le traitement diététique de certaines névroses importantes, par Ferguson. (*Med. News*, 2 janv.)

Nez. — Connexions des voies lymphatiques nasales avec l'espace sous-arachnoïdien, par Flatau. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 octobre 1891.) — Fosses prénasales, par Dwight. (*Americ. j. of med. sc.*, fév.) — L'organe de Jacobson chez le Macropus giganteus et le Petrogale penicillata, par Symington. (*Journ. of anat.*, avril.) — Un nouveau procédé de découvrir, sur le cadavre, les cavités nasales avec ses sinus sans qu'il en reste des traces apparentes, par Parke. (*Archiv f. path. Anat.*, CXXV, 2.) — Les complications orbitaires et oculaires des infections des sinus frontal, maxillaire, sphénoïdal, par Guillemain et Terson. (*Gaz. des hôp.*, 9 avril.) — De l'asthénopie et des affections intranasales, par de Schweinitz. (*Med. News*, 2 avril.) — Rapports entre les maladies des yeux et celles du nez et des cavités voisines, par E. Berger. (In-8°, 46 p., Paris.) — Les maladies du nez, de ses sinus et du pharynx nasal, par Carl Rosenthal. (*Berlin.*) — Des résultats du massage de la muqueuse dans les maladies

chroniques du nez, de la gorge, des oreilles et du larynx, par LAKER. (In-8°, p. 103, *Graz*.) — Traitement des maladies du nez et du pharynx par l'acide chromique, par WROBLEWSKI. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 13 octobre 1891.) — Massage de la muqueuse nasale, par LAKER. (*Prag. med. Woch.*, 4.) — Influence de l'obstruction nasale sur la santé générale, par WATSON. (*London med. Soc.*, 29 février.) — Sur quelques phénomènes nerveux d'origine nasale, par RÉMOND. (*Languedoc méd.*, 22 janv.) — Deux cas d'anosmie consécutifs à des opérations intranasales; guérison par l'électrisation continue et faradique de la muqueuse nasale, par LUC. (*France méd.*, 22 janv.) — Occlusion complète de l'ouverture naso-pharyngienne, par WODON. (*Presse méd. belge*, 25 oct.) — Déviations non traumatiques de la cloison des fosses nasales, classification, embryologie, règles générales du traitement, par CHATELLIER. (*Bull. Soc. de laryng.*, Paris, mars.) — Étude critique sur l'étiologie des déviations de la cloison nasale avec fait pathologique, par POTIQUET. (*Ibid.*) — Symptômes sérieux résultant de la rétention des sécrétions nasales, par HUNT. (*Journ. of laryng.*, janv.) — Sténose naso-pharyngée, par BRAISLIN. *Med. News*, 26 mars.) — Destruction de la cloison nasale dans le tabes, par BARRS (*Leeds and West riding med. chir. Soc.*, 18 mars.) — Coryza hypertrophique suivi d'anosmie; guérison, par RAGONEAU. (*Rev. de laryng.*, 1er mars. — Empyème de l'antre d'Highmore avec ozène, par MACKENZIE. (*Brit. med. journ.*, 9 avril.) — Ulcération destructive du nez, par BALADE. (*Journ. méd. Bordeaux*, 13 mars.) — Hydrorrhée nasale, par ANDERSON. (*Nottingham med. chir. Soc.*) — De l'épistaxis et de son traitement, par MARTIN. (*Rev. gén. de clin.*, 27 janv.) — Épistaxis, méthode simple de tamponnement, par PHILIP. (*Lancet*, 6 fév.) — Tamponnement des fosses nasales, par GORIS. (*Presse méd. belge*, 3 janv.) — Tampon de ouate glycérinée dans la rhinite atrophique, par JONIS (*Journ. opht. and laryng.*, janv.) — Kyste de la peau du nez, par HEURTAUX. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 mars.) — Kyste du cornet moyen, par KNIGHT. (*N. York med. journ.*, 19 mars.) — Kystes par rétention glandulaire de la partie antérieure des fosses nasales; deux observations, par CHATELLIER. (*Bull. soc. de laryng.*, Paris, janv.) — Kyste séreux de la cloison des fosses nasales, par ROUSSEAUX. (*La clinique*, 13.) — Pathologie et diagnostic de la nécrose ethmoïdale, par WOAKES. (*Brit. med. j.*, 12 mars.)— Grosse tumeur kystique de l'ethmoïde, occlusion complète du pharynx nasal, par STRAZZA. (*Boll. mal. dell' orecchio*, X, 3.) — De l'importance de la respiration nasale, surtout chez les enfants, par BRESGEN. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIII, 3.)— Du toucher de la cavité naso-pharyngienne, par ZIEM. (*Arch. int. de laryng.*, IV, 6.) — Nouveau spéculum nasal, par SPENCER. (*Med. News*, 6 fév.)— Laminaria comme corps étranger du nez, par HESSLER. (*Münch. med. Woch.*, 12 janv.) — Un cas d'ostéome du sinus frontal, par NAKEL. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIII, 2 et 3.) — Fracture de la cloison nasale, par CLEGG. (*Lancet*, 2 janv.) — Sur un cas de rhinosclérome, absence du bacille, par JACQUET. (*Soc. franç. de dermat.*, 11 fév.) — Du rhinosclérome, par CASTEX. (*Rev. de laryng.*, 15 mars.) — Du rhinosclérome, par GUIGNARD. (*Thèse de Paris*, 28 avril.) — Rétrocession d'un rhinosclérome à la suite du typhus, par Leopold LUBLINER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 oct. 1891.) — Épithélioma du nez, par DE LARABRIE. (*Gaz. méd., Nantes*, 12 janv.) — Fibrosarcome primitif des fosses nasales, par CISNEROS. (*Archivos internal. de rinol.*, fév.)

Nutrition. — Recherches sur les oxydations organiques dans les tissus, par JAQUET. (*Soc. de biol.*, 12 mars.)

O

Occlusion intestinale. — Étude expérimentale sur le météorisme local dans l'occlusion intestinale, par Kader. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIII, 2 et 3.) — Invagination iléo-colique causée par un diverticule de Meckel, par Adams. (*London path. Soc.*, 5 avril.) — Note sur un cas d'obstruction intestinale avec diarrhée, absence de vomissements fécaloïdes et de ballonnement du ventre, par Touchard. (*Progrès médical*, 30 janvier.) — Pseudo-étranglement interne chez une femme atteinte de salpyngite catarrhale, par Nélaton. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 49.) — Mort rapide par étranglement interne, suite de déplacement du cœcum, par Marcus. (*Arch. de méd. milit.*, janvier.) — Étranglement interne, par Lane. (*London clin. Soc.*, 11 mars.) — Cent opérations obstétricales dans la pratique rurale, par H. Walther. (*Berlin. klin. Wochens.*, 31 août 1891.) — Iléus guéri par une opération chez une femme de 74 ans, par Heilmann. (*Ibid.*, 7 septembre 1891.) — Des perforations spontanées de l'intestin dans l'occlusion intestinale, par Merlin. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Un cas d'occlusion intestinale par torsion du gros intestin. Laparotomie. Colopexie transverse, par Villar. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 janvier.) — Six cas d'étranglement post-opératoire opérés par la laparotomie ; considérations sur la thérapeutique de l'étranglement et sur l'action des purgatifs dans la chirurgie abdominale, par Championnière. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 102.) — Méthode de réduction de l'invagination irréductible, par Barker. (*Lancet*, 9 janvier.) — Entérostomie dans l'obstruction intestinale, par Smith. (*Royal med. and chir. Soc.*, 8 mars.) — Iléo-sigmoïdostomie pour obstruction intestinale, par Littlewood. (*Lancet*, 16 avril.) — Traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité, par Nicolas. (*Dauphiné méd.*, 1er février.)

Œdème. — Sur deux cas de polysérosite (notes de séméiotique et contribution à l'étude de la nature de ces épanchements), par Lipari. (*Riforma medica*, 3 et 4 décembre 1891.)

Œil. — Sur les voies d'issue de l'humeur aqueuse, par Staderini. (*Sperimentale*, XLVI, 1.) — De l'action des muscles obliques, par Février. (*Ann. d'ocul.*, février.) — Recherches cliniques et statistiques sur les examens des yeux pratiqués à l'hôpital d'instruction du Val-de-Grâce du 1er septembre 1885 au 1er mai 1890, par Chauvel. (*Arch. de méd. milit.*, mars.) — Examen binoculaire de l'image renversée du fond de l'œil avec un ophtalmoscope ordinaire, par Guilloz. (*Soc. de biol.*, 5 mars.) — La détermination de la réfraction de l'œil sur l'épreuve des ombres (sciascopie), par A. Eugen Fick. (*Wiesbaden.*) — Les manifestations oculaires dans les maladies générales, par Risley. (*Therap. Gaz.*, 15 février.) — La consanguinité en pathologie oculaire, par Trousseau. (*Ann. d'oculist.*, janvier.) — Fatigue oculaire et migraine, par Walton et Carter. (*Med. News*, 19 mars.) — Étude de l'hétérophorie, ses rapports avec l'asthénopie, la migraine et autres symptômes nerveux, par Burnett. (*Med. News*, 6 février.) — Un instrument pour déterminer l'hétérophorie, par Stevens. (*Ann. d'ocul.*, janvier.) — Découverte de la simulation de l'amaurose monoculaire à l'aide du prisme, par de Græfe. (*Klin. Monats. f. Augenh.*,

janvier.) — L'image réfléchie de la cornée produite par l'ophtalmoscope comme moyen de détermination des déviations de l'œil et des anomalies de fixation, par Priestley Smith. (*Opht. review*, février.) — Exposé algébrique élémentaire du grossissement ophtalmoscopique, par Philipsen. (*Ann. d'ocul.*, mars.) — Ophtalmoscope à réfraction avec verres cylindriques et miroir à foyer variable pouvant servir d'optomètre complet, par Parent. (*Ibid.*, mars.) — De la conduite à tenir en présence d'un œil en plein phlegmon, par Boé. (*France méd.*, 5, p. 69.) — Des ophtalmies septiques, par Mivralsky. (*Rev. gén. d'ophtalm.*, X, 11.) — Causes et traitement de l'ophtalmie phlycténulaire, par Porre. (*Thèse de Montpellier.*) — Traitement de l'ophtalmie granuleuse, par Truc. (*Semaine méd.*, 13 février.) — Pathogénie et diagnostic des ophtalmoplégies, par Sauvineau. (*Thèse de Paris*, 31 mars.) — Un cas d'ophtalmoplégie externe et interne totale d'origine traumatique; influence des excitations réflexes centrales sur la guérison, par Pfalz. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, janvier.) — L'ophtalmie sympathique post-opératoire, par de Wecker. (*Ann. d'ocul.*, février.) — De l'ophtalmie sympathique, par Panas. (*Rev. gén. de clin.*, nº 2.) — Contribution à la genèse de l'anophthalmus congénital, par R. Hilbert. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXVII, 2.) — Des tumeurs oculaires et péri-oculaires, statistique et observations cliniques, par Truc. (*Nouv. Montpellier méd.*, I, 1.) — Opacités du corps vitré dans un cas d'amblyopie quinique, par Geschwind. (*Arch. de méd. milit.*, janvier.) — Sur le sarcome du nerf optique, par Roudié. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des injections intra-musculaires de mercure dans la thérapeutique oculaire, par Vibert. (*Thèse de Paris*, 31 mars.) — L'abus du mercure dans le traitement des maladies des yeux, par Landolt. (*Brit. med. j.*, 26 mars.) — Des injections sous-conjonctivales de sublimé dans les processus inflammatoires du nerf optique, par Darier. (*Soc. d'opht. Paris*, 8 mars.) — L'eau chlorée comme antiseptique dans les opérations et les traumatismes de l'œil, par Schmidt-Rimpler. (*Ann. d'ocul.*, janvier.) — Désinfection des collyres, par Franke. (*Deut. med. Woch.*, 33, 1891.) — Chirurgie ophtalmique, par Thompson. (*Journ. amer. med. Assoc.*, 2 janvier.) — Des blessures de l'œil par corps étranger, par Rouquette. (*Thèse de Lyon*, janvier.)

Œsophage. — Contribution à la chirurgie de l'œsophage, par Gerster. (*N. York med. journ.*, 6 février.) — Leçons sur le rétrécissement de l'œsophage, 14 cas avec gastrostomie, par Newman. (*Lancet*, 2 janvier.) — Traitement du rétrécissement œsophagien par le cathétérisme permanent, par Chappell. (*N. York med. record*, 20 février.) — Gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage, dilatation rétrograde du rétrécissement, par Dixon. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 9 janvier.)

Olfaction. — Sur les minimums perceptibles de quelques odeurs, par Passy. (*Soc. de biol.*, 30 janvier et 20 février.) — L'olfactométrie et la physique des vapeurs, par Henry. (*Ibid.*, 6 février.) — Sur la perception des odeurs, par Passy. (*Ibid.*, 19 mars.) — Sur quelques minimums perceptibles d'odeurs, par Passy. (*Acad. des sc.*, 28 mars.)

Orbite. — Considérations chirurgicales sur les sarcomes de l'orbite, par Combalat. (*Rev. de chir.*, janvier.)

Oreille. — Sur l'anatomie de l'oreille moyenne, par Chatellier. (*Bull. Soc. de laryng. Paris*, II, 2.) — Fonction des canaux semi-circulaires, par Spear. (*Med. News*, 23 janvier.) — Sur la fonction des canaux semi-circulaires de l'oreille interne chez la grenouille, par Girard. (*Arch. de

phys., IV, 2.) — Localisation prétendue de fonctions diverses dans les centres nerveux et surtout dans certaines parties des organes auditifs, par Brown-Séquard. (*Ibid.*, IV, 2.) — Expérience de diapason pour la constatation de la perméabilité de la trompe d'Eustache, par Politzer. (*Ann. mal. de l'or.*, mars.) — Audition colorée, par Millet. (*Thèse de Montpellier.*) — De la diplacousie, par L. Treitel. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 octobre 1891.) — Remarques sur les malformations congénitales de l'oreille, par Heaton. (*Journ. of laryng.*, avril.) — Atlas microphotographique de l'anatomie normale et morbide de l'oreille, par L. Katz, (1re partie. *Berlin.*) — Nouvelle méthode d'examen du conduit auditif et du tympan, par Cousins. (*Brit. med. journ.*, 16 janvier.) — Sur les convulsions épileptiformes provoquées par les acariens auriculaires, par Railliet. (*Soc. de biol.*, 20 février.) — Symptômes généraux produits par l'accumulation de cérumen, par Aitken. (*Brit. med. j.*, 26 mars.) — Surdi-mutité avec atrophie du nerf auditif et anomalies de développement du labyrinthe membraneux des deux oreilles, par Scheibe. (*Arch. of Otology*, janvier.) — Surdité traumatique, par Bates. (*N. York med. journ.*, 16 janvier.) — Affection du labyrinthe, suite de scarlatine chez un enfant, par Baumgarten. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXII, 3.) — Surdité labyrinthique traitée par la pilocarpine, par Field. (*Brit. med. journ.*, 2 avril.) — Otite externe parasitaire, oto-mycosis, par Baratoux. (*Pratique méd.*, 23 février.) — L'influence de la position renversée dans les fièvres sur la production de l'otite moyenne, par Wurdemann. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 16 janvier.) — Hémianesthésie de la face, de la tête et des organes des sens dans le cours de l'otorrhée, par Gellé. (*Bull. Soc. de laryng. Paris*, mars.) — Otorrhée, ses conséquences, par Harrison. (*Americ. journ. of obst.*, janvier.) — Traitement de l'otite moyenne aiguë, par Botey. (*Rev. de ciencias med.*, 10 octobre 1891.) — Traitement de la suppuration attique par l'excision du tympan et des osselets, par Milligan. (*Lancet*, 16 janvier.) — Des suppurations anciennes des oreilles ; comment on peut arriver à les guérir absolument, par Jacquemart. (*Rev. de laryng.*, 15 février.) — De l'application thérapeutique des sels solubles de bismuth, en particulier dans les otorrées, par Garnault. (*Bull. Soc. laryng. Paris*, mars.) — La mastoïdite suppurée, par Duplay. (*Union médicale*, 2 février.) — Otite aiguë, abcès cérébral, opération, mort, par Hatch. (*Lancet*, 19 mars.) — Des abcès encéphaliques consécutifs aux otites suppurées, par Le Fort et Lehmann. (*Gaz. des hôp.*, 26 mars.) — Otite suppurée, accidents cérébraux à la suite du tamponnement postérieur dans une épistaxis grave, par Gellé. (*Ann. mal. de l'or.*, janvier.) — Abcès du cerveau suite d'otite opérés et guéris, par Truckenbrod. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXII, 3.) — Les opérations sur l'apophyse mastoïde, par Gruening. (*N. York med. journ.*, 2 janvier.) — Ligature de la jugulaire interne et ouverture du sinus latéral dans un cas de pyohémie suite d'otite, par Clutton. (*Brit. med. journ.*, 16 avril.) — Trépanation du crâne et de l'apophyse mastoïde suite d'otite suppurée, mort, par Polo. (*Rev. de laryng.*, 15 janvier.) — Abcès cérébral suite d'otite, trépanation par corps étranger, aphasie et parésie transitoires, guérison, par Baginsky et Gluck. (*Berl. klin. Woch.*, 23 novembre 1891.) — Des abcès cérébraux par otites, par Jansen. (*Ibid.*, 30 novembre 1891.) — Trépanation avec succès pour un abcès cérébral suite d'otite moyenne, par Truckenbrod. (*Ibid.*, 16 novembre 1891.) — Contribution à la pathologie du cholestéatome de l'oreille, par Rohrer. (*Rev. de laryng.*, 1er avril.) — Le cholestéatome de l'oreille moyenne et son traitement, par F. Siebenmann. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er octobre 1891.) — Des polypes perforants de l'oreille, par Gruenwald. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXII, 3.) —

Observation d'un pseudo-kyste sanguin retro-tympanique de l'oreille gauche, par Ménière. (*Bull. Soc. de laryng. Paris*, janvier.) — Tumeur sarcomateuse du conduit auditif externe, par Sheild. (*Arch. of Otol.*, janvier.) — Des tumeurs malignes de l'oreille, par Charazac. (*Rev. de laryng.*, 1er janvier.) — Bougie pour la trompe, par Robertson. (*Journ. of laryng.*, janvier.) — Insufflateur pour la trompe, par Dundas Grant. (*Ibid.*) — Un rétracteur du tragus, par Baber. (*Arch. f. Otol.*, janvier.) — Une forme à main de seringue intra-tympanique, par Pritchard. (*Ibid.*, janvier.)

Orthopédie. — Les instituts orthopédiques en Italie, par Phocas. (*Rev. d'orthop.*, III, 2.) — Du traitement orthopédique des genoux cagneux, par Martin. (*Rev. d'orthop.*, III, 2.)

Os. — Crête osseuse du col du fémur, par Poirier. (*Soc. anat.*, p. 103, février.) — Formule de l'ossification des phalanges des métacarpiens, de la clavicule et des côtes, par Picqué. (*Soc. de biol.*, 19 mars.) — Sur la torsion de l'humérus chez l'homme, par Lambert. (*Soc. de biol.*, 19 mars.) — L'apophyse sus-épitrochléenne considérée au point de vue chirurgical, par Testut. (*Lyon méd.*, 13 mars.) — La réparation des os, en particulier de la transplantation et des autres moyens artificiels, par M'Gregor. (*Journ. of anat.*, janvier.) — Tuberculose de la clavicule et du sternum, par Lannelongue. (*Bull. méd.*, 30 mars.) — Ostéo-arthrite du genou, variété ostéomyélitique de Tillaux, par Wassilieff. (*Arch. de méd.*, janvier.) — Ostéomyélite de l'omoplate, par Morestin. (*Soc. anat.*, 29 janvier.) — Des complications articulaires de l'ostéomyélite chez l'adulte, par Lautier. (*Thèse de Paris*, 3 février.) — Désarticulation du genou pour ostéomyélite prolongée du tibia remontant à l'âge de 8 ans, chez un jeune homme de 22 ans. Déformation du squelette de la jambe, par Chapuis. (*Gaz. hebd. Paris*, 27 février.) — Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou, traitement par les injections de chlorure de zinc, par Charvot. — *Idem*, par Reynier. (*Bull. Soc. de chir.*, XVII, p. 802). — Traitement de l'ostéomyélite aiguë, par Eliot. (*N. York med. journ.*, 2 avril.) — Un cas d'ostéo-artropathie hypertrophiante pneumique; autopsie, par Orrillard. (*Rev. de méd.*, mars.) — L'ablation des os cariés et nécrosés avec l'acide chlorhydrique et la pepsine, par Morris. (*N. York med. journ.*, 19 mars.) — Ostéopathie systématisée à type non décrit (ostéopathie sacro-diaphysaire), par Marie. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 15 janvier.) — Détachement du condyle interne de l'humérus, par Hutchinson. (*Brit. med. journ.*, 16 janvier.) — De la restauration des pertes de substance osseuse, par von Bergmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 octobre 1891.) — Ostéotomie oblique du fémur pour ankylose vicieuse de la hanche, par Terrier et Hennequin. (*Rev. d'orthopéd.*, III, 1.) — Ostéotomie sous-trochantérienne oblique pour ankylose de la hanche en position vicieuse, par Broca. (*Ibid.*) — Deux cas d'ostéotomie sous-trochantérienne pour ankyloses vicieuses de la hanche, par Schwartz. (*Ibid.*) — Exostose ostéogénique de l'extrémité supérieure du fémur fracturée dans une chute. Difficultés du diagnostic. Intervention opératoire. Guérison, par Morestin. (*Union médicale*, 30 janvier.) — Des exostoses multiples, par R. Virchow. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 octobre 1891.) — Deux cas d'ostéome musculaire, opération, par Boppe. (*Arch. de méd. milit.*, février.) — Un nouveau cas d'ostéome du moyen adducteur, par Schmit. (*Ibid.*) — Enchondrome avec exostoses multiples, par Griffiths. (*London path. Soc.*, 2 février.) — Ostéo-sarcome du tibia, par Chapuis. (*Lyon méd.*, 3 avril.) — Sarcome myéloïde de l'extrémité inférieure du fémur, par Dubar. (*Soc. anat.*, p. 104, février.)

Ovaire. — De la torsion du pédicule dans les tumeurs ovariennes, par Lehmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 octobre 1891.) — Deux cas d'ovarite suppurée avec streptocoques pyogènes, par Schæffer. (*Ibid.*, 28 septembre 1891.) — Hernie crurale étranglée de l'ovaire gauche, par Maylard. (*Brit. med. journ.*, 9 avril.) — L'emploi de l'actœa racemosa dans la dysménorrée et l'irritation ovarique, par Brunton. (*Practitioner*, avril.) — Papillome superficiel de l'ovaire, par Paton. (*N. York med. journ.*, 19 mars.) — Papillome de l'ovaire et de la trompe, par Green. (*Boston med. journ.*, 11 février.) — Un cas de myxo-sarcome ovarique traité par la laparotomie, par Kingman. (*Ibid.*, p. 140, février.) — Pathogénie et traitement de l'oophorite, par Bell. (*Edinb. med. journ.*, février.) — De la chirurgie conservatrice dans les maladies de l'ovaire, par Gaillard Thomas. (*N. York med. record*, p. 729, décembre 1891.) — Kyste de l'ovaire, de consistance dure, coexistant avec des métrorragies et anciennement pris pour un fibrome; opération; guérison, par J. Rendu. (*Lyon méd.*, 20 mars.) — Kyste dermoïde de l'ovaire, par Souligoux. (*Soc. anat. Paris*, 26 février.) — Kyste dermoïde de l'ovaire; note sur la pathogénie de ces tumeurs, par Répin. (*Ibid.*, p. 161, mars.) — 8e série de 35 ovariotomies, par Terrillon. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 87, et *Bull. de thérap.*, 15 février.) — Kyste de l'ovaire à contenu purulent, ovariotomie, par Fraisse et Legrain. (*Arch. de tocol.*, janvier.) — Résection partielle de l'ovaire et salpingorraphie, par Pozzi. (*Bull. Soc. de chirurgie*, XVII, p. 591.)

P

Palais. — Hiatus; défauts de développement symétriques des piliers antérieurs, par Tœplitz. (*Arch. of otology*, janv.) — De l'opération de l'uranoplastie, par Casselberry. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 2 avril.) — Des perforations syphilitiques de la voûte palatine, par Duplay. (*Mercredi méd.*, 3 fév.) — Tumeur mixte des glandules de la muqueuse palatine, par Reboul. (*Marseille médical*, 2; p. 62.) — Adénocarcinome du voile du palais, par Busachi (*Gazz. d. ospitali*, 67, 1891.) — Sarcome du pilier antérieur droit du palais chez un jeune homme, par Landgraf et P. Keymann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 octobre 1891.)

Paludisme. — De l'importation du paludisme à l'île de la Réunion, par Bonays de Couesbouc. (*Thèse de Paris*, 24 mars.) — Recherches étiologiques et expérimentales sur la malaria, par Bein. (*Charité Annalen*, p. 181.) — Sur l'hématozoaire du paludisme, par Vincent. (*Soc. de biol.*, 26 mars.) — Sur l'hématozoaire du paludisme, par Arnaud. (*Ibid.*, 2 avril.) — Effets du bleu de méthylène dans l'impaludisme, par Paul Guttmann et P. Ehrlich. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 septembre 1891.) — Quinine et amibes de l'impaludisme; réponse à Laveran, par C. Binz. (*Ibid.*, 19 octobre 1891.) — Conservation des parasites paludéens vivants, par O. Rosenbach. (*Ibid.*, 24 août 1891.) — De l'action du bleu de méthylène sur les hématozoaires du paludisme et sur les hématozoaires des oiseaux voisins de ceux du paludisme, par Laveran. (*Soc. de biol.*, 30 janv.) — Fièvre intermittente avec hyperpyrexie non explicable, par Mackenzie. (*Brit. med. j.*, 13 février 1891.)

Panaris. — Qu'est-ce qu'un panaris? par Burrell. (*Boston med. Journal*, février, p. 108.) — Un cas de maladie de Morvan, par Grasset. (*Nouveau Montpellier méd.*, I, 1.)

Pancréas. — Sur la présence de corpuscules de Pacini et de ganglions nerveux dans le pancréas du chat, par Petrini. (*Soc. de biol.*, 2 avril.) — Sur la pathogénie du diabète consécutif à l'extirpation du pancréas, par Hedon. (*Arch. de phys.*, IV, 2.) — Le diagnostic des lésions pancréatiques, par Thacher. (*N. York med. journ.*, 2 avril.) — Kyste du pancréas traité par la laparotomie; drainage; guérison, par Richardson. (*Boston med. Journal*, janvier, p. 86.) — Kyste traumatique du pancréas, par Littlewood. (*London clin. Soc.*, 8 avril.) — De l'épithéliome du pancréas, par Parisot. (*Thèse de Paris*, 18 fév.) — Contribution au diagnostic du cancer du pancréas, par E. Galvagni et G. Bassi. (*Riv. clin. e terapeutica*, n° 11, 1891.) — Cancer du pancréas sans glycosurie. Cholécystite et angiocholite suppurées causées par le bacterium coli. Infarctus de l'estomac contenant le même micro-organisme, par Macaigne. (*Soc. anat.*, 29 janv.) — Cancer de la tête du pancréas avec dilatation énorme des canaux cholédoque et hépatique; ictère chronique; laparotomie, par Aldibert. (*Ibid.*, 29 janvier.)

Pansement. — Méthode simple de pansement des plaies, par Higgins. (*Brit. med. Journ.*, 2 avril.) — Du pansement ouaté et de son emploi dans la chirurgie de guerre, par Le Mitouard. (*Thèse de Lyon*, janv.) — Les antiseptiques dans le traitement des plaies, par A. Ruffer. (*Revue d'hyg.*, XII, 730.) — Du drainage par le procédé de Mikulicz, par Charles. (*Thèse de Paris*, 10 mars.) — Importance du traitement antiseptique des plaies pour les progrès de la chirurgie moderne, par K. Maydl. (*Wien. med. Wochenschr*, 5.) — Sur l'emploi de quelques appareils plâtrés en chirurgie, par Dubosc. (*Thèse de Bordeaux.*)

Paralysie. — Paralysies consécutives aux maladies aiguës, par Ferguson. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 9 janv.) — Pathologie de la paralysie bulbaire, par Remak. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIII, 3.) — Monoplégie fonctionnelle suite de traumatisme, par Blake et Prince. (*Boston med. Journ.*, 17 janv.) — Un cas de paralysie alterne, par Gombault. (*Arch. de méd. expér.* IV, 2.) — Un cas d'hémiplégie alterne (type Millard-Gubler) compliquée de strabisme interne bilatéral et de glossoplégie, par Souques. (*Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1891.) — Mouvements d'association et de substitution dans les paralysies, par Senator. (*Gaz. hebd. Paris*, 19 mars.) — Paralysie atrophique du membre supérieur par compression due à un tube de caoutchouc laissé six semaines en place autour de l'épaule, par Richard Stern. (*Berlin. klin. Wochens.*, 9 novembre 1891.) — Des paralysies arsenicales, par Rybalkin. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIII, 3.)

Paralysie générale. — La diathèse de paralysie générale, par Wilson. (*Journ. of ment. sc.*, janvier.) — Des rapports de la paralysie générale et de la syphilis, par Jacobson. (*Ibid.*, avril.) — Des rapports du tabes dorsalis et de la paralysie générale, par Raymond. (*Soc. de méd. des hôp.*, 6 avril et 8 mai.). — Idem, par Ballet, Rendu. (*Ibid.*, 22 avril 10 juin). — De l'emploi du dermatol en gynécologie, par Chéron. (*Rev. méd. chir. des maladies des femmes*, 25 mai.) — Paralysie générale chez l'adolescent, par Charcot. (*Mercredi méd.* 10 février.) — Lésions de la substance corticale du cerveau dans la démence paralytique, par Gerdes. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 novembre 1891.) — Sur un cas de paralysie générale progres-

sive à début très précoce, par J.-M. CHARCOT et DUTIL. (*Arch. de neurol.*, mars.) — Du chlorure d'or et de sodium dans la paralysie générale progressive, par BOUBILA, HADJÈS et COSSA. (*Ann. méd. psych.*, janvier.)

Parole. — Etude des troubles de la parole, par PICK. (*Arch., f. Psychiat.*, XXIII, 3.) — Le balbutiement comme suite de bégaiement, par Leopold TREITEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 septembre 1891.) — Nature et extension des troubles de la parole parmi les écoliers prussiens, par GUTZMANN. (*Ibid.*, 12 ectobre 1891.)

Parotide. — Sur la présence d'air dans la parotide, par ZIEM. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 septembre 1891.) — Parotidite suite de laparotomie, par PAGET. (*London clin. soc.*, 8 avril.)

Paupière. — Anomalie congénitale de l'ouverture palpébrale, par VIGNES. (*Soc. d'opht. Paris*, 5 janvier.) — Etude anatomique sur un cas de ptosis congénital, par SIEMERLING. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIII, 3.) — Du ptosis, de son traitement chirurgical ; examen critique d'un nouveau procédé opératoire de ptosis congénital, par BRUN. (*Thèse de Paris*, 13 janvier.) — Traitement du trichiasis et de l'entropion, par Mc KEOWN. (*Lancet*, 2 avril.) — Du traitement de l'ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure par le dédoublement de sa paroi, par MONTEILS, (*Bull. soc. de chirurgie*, XVII, p. 493.)

Peau. — De l'accroissement de la peau et des cheveux, par SCHEIN. (*Arch. f. Dermat.*, XXIV, 3.) — Influence de la lumière sur la peau, par Fredrich HAMMER. (*Stuttgart* 1891.) — Des altérations de la peau chez les vieillards, par EMILY. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur la physiologie des glandes sudoripares, par AUBERT. (*Lyon méd.*, 10 avril.) — Répartition des sécrétions grasses normales à la surface de la peau, par AUBERT. (*Lyon méd.* 6 mars.) — Essai d'une nouvelle division dermatologique de la peau, par KROMAYER. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 novembre 1891.) — De la dermatite herpétiforme, par ITTMANN et LEDERMANN. (*Arch. f. Dermat.*, XXIV, 3.) — Ioderma ou dermatite tubéreuse par ingestion d'iodure, par WALKER. (*Lancet*, 12 mars.) — Dermatite tubéreuse des affections cutanées d'origine iodique, par WALKER. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIV, 7.) — Observations de dermatite exfoliatrice des nouveau-nés, par P. RAYMOND et BARBE. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 janvier.) — Etude comparative sur la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique et la dermatite herpétiforme de Duhring, par HALLOPEAU. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 janvier.) — Hydradénite destructive suppurée, par POLLITZER. (*Journ. of cut. dis.* janvier.) — Tumeurs multiples de la peau, épithelioma et idradénome, par AUDRY et NOVÉ-JOSSERAND. (*Lyon méd.*, 6 mars.) — Cancer lenticulaire disséminé de la peau, cancer en cuirasse, par NEVINS HYDE. (*Americ. j. of med. sc.*, mars.) — Des vernis thérapeutiques en dermatologie, par UNNA. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 octobre 1891.) — Des progrès réalisés dans les préparations emplastiques destinées au traitement des maladies de la peau, par HALLOPEAU. (*Soc. de thérap.*, 13 janvier.) — Emploi de la pilocarpine en dermatologie, par SIMON. (*Brit. med. journ.*, 6 février.) — De l'antisepsie dans le traitement des maladies de la peau, par ARNOZAN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 janvier.)

Pelade. — Epilepsie et pelade, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 16 janvier.) — Pelade guérie par la faradisation du cuir chevelu, par BLASCHKO. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 novembre 1891.)

Pemphigus. — Pemphigus foliacé avec papillomatose généralisée, par QUIN-

QUAUD. (*Soc. franç. de dermat.*, 28 janvier.) — Observations pour servir à l'histoire du pemphigus foliacé, dermatite bulleuse et exfoliante mixte primitive, par BESNIER. (*Ibid.*, 11 février.)

Périnée. — Sarcome globo-cellulaire de la région périnéale à marche inflammatoire; ablation avec résection du bulbe de l'urètre, par SCHWARTZ. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, février.) — Tumeur du périnée, par SCHWARTZ. (*Bullet. Soc. de chirurgie*, XVII, p. 725.) — De la périnéorraphie secondaire, par SAURENHAUS. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 septembre 1891.) — De la périnéorraphie pratiquée immédiatement après la délivrance dans les cas de déchirures vagino-périnéales, par BARBIER. (*Thèse de Paris*, 4 mars.)

Péritoine. — Étude expérimentale et clinique sur la péritonite aiguë, par KRAFT. (*Copenhague*, 1891.) — Péritonite par hémorragie, par PAGE. (*London clin. Soc.*, 11 mars.) — Considérations obstétricales sur le péritoine pelvien, par STEPHENSON. (*Brit. med. j.*, 26 mars.) — Péritonite consécutive à une rupture traumatique du cœcum guérie par la laparotomie médiane, par JALAGUIER. (*Bull. Soc. de chir.*, XVII, p. 800.) — Appendice iléo-cœcal, calcul fécal, hématome, péritonite appendiculaire, par ROUTIER. (*Ibid.*, XVII, p. 462, et *Gaz. des hôp.*, 23 janvier.) — Péritonite purulente généralisée, par perforation, par ROUTIER. (*Mercredi méd.*, 27 janvier.) — Péritonite du nouveau-né à la suite de la perforation de l'iléon, par A. GENERSICH. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXVI, 3.) — Pathogénèse de la péritonite tuberculeuse, par M. BORSCHKE. (*Ibid.*, CXXII, 1.) — Péritonite puerpérale traitée par l'hystérectomie, par SMITH. (*Americ. journ. of obst.*, janvier.) — De la péritonite aiguë diffuse, par CARROLL. (*Journ. amer. med. Ass.*, 2 janvier.) — La péritonite tuberculeuse au point de vue chirurgical, par DEAVER. (*Med. News*, 19 mars.) — De la péritonite chronique sèche tuberculeuse, par SCHWARTZ. (*Semaine méd.*, 20 janvier.) — Laparotomie pour un cas d'ascite tuberculeuse (erreur de diagnostic), par MANGIN. (*Marseille médical*, 1, p. 29.) — Péritonite tuberculeuse à forme ascitique, ponction évacuatrice et lavage antiseptique; guérison, par MONNIER. (*France méd.*, 8 janvier.) — Péritonite tuberculeuse guérie par laparotomie chez un enfant; développement ultérieur de tubercules dans la plaie opératoire, par LINDNER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 23 novembre 1891.) — Observation de péritonite purulente ou tuberculeuse; résultats de la laparotomie et du drainage, par ROBSON. (*Brit. med. j.*, 19 mars.) — Les tumeurs rétro-péritonéales; rapports anatomiques; pathologie, par VAN DER VEER. (*Americ. j. of med. sc.*, janvier.) — Sémiotique et traitement des kystes du mésentère, par FRENTZEL. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIII, 2.) — Kyste dermoïde attaché à l'épiploon, par GRIFFITHS. (*London path. Soc.*, 2 février.) — Des néoplasies primitives du grand épiploon, par CAMUS. (*Thèse de Paris*, 27 janvier.)

Pharmacologie. — Traité élémentaire de pharmacie galénique, par CANDUSSIO. (*Parenzo.*) — La pharmacie et la matière médicale au XIVe siècle, par NICAISE. (*Rev. scientif.*, 2 avril.) — Études pharmacologiques sur le fer et métaux analogues, par FAGGIOLI. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 1.) — Sur un procédé de dosage du mercure dans les produits organiques, par RÉMOND. (*Languedoc méd.*, 5 février.) — Sur l'action physiologique des combinaisons de l'iode, par LAPICQUE. (*Soc. de biol.*, 6 février.) — Différences d'action des iodures alcalins, par PAUL, HUCHARD. (*Soc. de thérap.*, 27 janvier.) — De l'antagonisme entre les préparations iodées et salicylées, par O. ROSENBACH. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 38, 21 septembre 1891.) — Réplique, par WEINTRAUB. (*Ibid.*, n° 41, p. 1016.) — Sur la

toxicité comparée des bromures en injections intra-veineuses, par Féré. (*Soc. de biol.*, 16 janvier.) — Sur l'accumulation du bromure de strontium dans l'organisme, par Féré et Herbert. (*Ibid.*, 23 janvier.) — Sur l'accumulation du bromure de potassium en particulier dans les différentes parties du système nerveux, par Féré et Herbert. (*Ibid.*, 13 février.) — Du chlorhydrate de cocaïne administré à l'intérieur, par Audibert. (*Thèse de Montpellier.*) — Sur l'action physiologique de la kavaïne, par Baldi. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 1.) — Action de la strychnine à doses excitantes et paralysantes, par Reichert. (*Therap. Gaz.*, 15 mars.) — Action anomale du sulfate d'hyoscyamine employé comme mydriatique, par de Schweinitz. (*Ibid.*, 15 mars.) — De la diurétine, par Hare. (*Ibid.*, 15 mars.) — Du café comme cause de prurit à l'anus, par Brown-Séquard. (*Arch. de phys.*, IV, 2.) — Sur la valeur comparée des diverses digitalines du commerce, par Fouquet. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 janvier.) Du thé, sa botanique, sa culture et de la richesse en caféine des différentes espèces, par Bietrix (*Thèse de pharmacie de Lyon*, janvier.) — Etude expérimentale et comparée de l'action du rouge de kola, de la caféine et de la poudre de kola sur la contraction musculaire, par Marie. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — La noix de kola, par Combemale. (*Bull. de thérap.*, 29 février.) — Sur l'exalgine, par F. de Renzi. (*Riv. clinica e terapeutica*, 11, 1891.) — L'Euphorbia pilulifera, par Liégeois. (*Rev. gén. de clin.*, n° 52, 1891.) — Sur quelques expériences relatives à une solution de naphtol β pur, par Stackler et Dubief. (*Bull. de thérap.*, 30 mars.) — Contribution à la toxicité du dinitrobenzol, par Armin Huler. (*Arch. f. pathol. Anat.* CXXVI, 2.) — Hydrochlorate, de phénocolle par Ott. (*Journ. of nerv. dis.*, février.) — Lysol nouvel antiseptique, par Vondergoltz. (*Americ. j. of obst.*, février.) — Sur l'action physiologique du buthyle chloral, par Athanasescu et Grigorescu. (*Soc. de biol.*, 2 avril.) — Étude sur le formal, par Berlioz. (*Dauphiné méd.*, 1er janvier.) — Effets secondaires défavorables du sulfonal, par Grant. (*Boston med. journ.*, 4 février.) — Bromamide, nouvel antipyrétique et antinévralgique, par Caillé. (*N. York med. journ.*, 20 février.) — Recherches expérimentales sur l'action antifermentative et microbicide de l'antipyrine, par Visbecq. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Du benzoate de bismuth, par Vigier. (*Soc. de thérap.*, 26 mars.) — Du succinimide mercurique, par Bocquillon. (*Ibid.*) — L'acide paracrésotique, nouvel antiseptique, par Egasse. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 janvier.) — Phényluréthane, par Egasse. (*Bull. de thérap.*, 15 janvier.) — Recherches pharmacologiques sur le salophène, nouveau dérivé salicylique, par Siebel. (*Therap. Monats.*, janvier.) — Sur l'emploi du pental comme anesthésique, par Hollaender. (*Therap. Monats.*, janvier.) — Etude comparative de la créosote et de ses éléments, par Main. (*Thèse de Paris*, 25 février, et *Bull. de thérap.*, 15 mars.) — Sur le phénocolle chlorhydrique, par Cohnheim. (*Therap. Monats.*, janvier.)

Pharynx. — Notes anatomiques et pathologiques sur le pharynx, plexus veineux péripharyngés, dépressions et diverticules pharyngés, par Mauclaire. (*Soc. anat. Paris*, p. 179, mars.) — La toux de gorge et son traitement, par de Holstein. (*Semaine méd.*, 17 février.) — Traitement des phlegmons graves, par Helferich. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 septembre 1891.) — Sur le traitement de l'angine de Tornwaldt, par Lubet Barbon. (*Rev. de laryng.*, 1er mars.) — Sur le traitement du catarrhe de l'amygdale pharyngée et en particulier de sa forme circonscrite dite angine de Tornwaldt, par Ruault. (*Bull. Soc. de laryng. Paris*, janvier.) — Une forme de mycose du pharynx, par J. Newcomb. (*New York med. record*, p. 232, août 1891.) — Pharyngo-mycose, par Hemenway. (*Med. News*,

9 janvier, et *Journ. of laryng.*, février.) — Tuberculose primitive et isolée du pharynx, par Jullien. (*Soc. franç. de dermat.*, 11 février.) — Des végétations adénoïdes, par Gouguenheim. (*Gaz. des hôp.*, 26 janvier.) — Remarques sur des cas de tumeurs adénoïdes, par Ball. (*Practitioner*, janvier.) — Démonstration de la dégénérescence maligne ; infiltration cancéreuse des tumeurs adénoïdes chez un homme de plus de 40 ans, par Cozzolino. (*Sordo muto*, 18.) — Tumeurs adénoïdes et hypertrophie des cornets ayant provoqué des phénomènes de stase sanguine cérébrale et une conjonctivite catarrhale sans troubles auriculaires, par Albespy. (*Rev. de laryng.*, 1er janvier.) — L'ablation des tumeurs adénoïdes pharyngées, par Hoyle Butts. (*Med. News*, 2 avril.) — La nouvelle curette de Gottstein pour l'extirpation des tumeurs adénoïdes du pharynx, par Miller. (*N. York med. record*, 20 février.) — Trachéotomie pour obstruction du pharynx, ablation de polypes muqueux du nez, par Ashhurst. (*Med. News*, 16 janvier.) — Polype naso-pharyngé, garçon de 17 ans, par Lloyd. (*Birmingham and midland Counties branch of brit. med. Assoc.*, 29 janvier.) — Des abcès rétro-pharyngés dans l'enfance et de leur traitement, par Pollard. (*Lancet*, 13 février.) — Sarcome du pharynx à grosses cellules rondes, à marche suraiguë, par P. Heymann. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 octobre 1891.)

Photographie. — La photographie en médecine, par Londe. (*Rev. scientif.*, 27 février.)

Phtiriase. — Sur le rôle des pediculi dans la propagation de l'impetigo, par Dewèvre. (*Soc. de biol.*, 19 mars.) — Un nouveau cas de phtiriase des paupières, par Jullien. (*Soc. franç. de dermat.*, 28 janvier.) — Phtiriase des paupières, par Perrin de la Touche. (*Ibid.*, 14 janvier.) — A propos de la phtiriase des paupières, par Four-Raymond. (*Ibid.*, 10 mars.) — Deux cas de mélanodermie, avec pigmentation de la muqueuse buccale chez des sujets atteints de phtiriase et ne présentant pas les signes généraux de la maladie d'Addison, par Thibierge. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 décembre 1891.)

Pied. — Forme d'orteil douloureux, par Guthrie. (*Lancet*, 19 mars.) — Un cas d'arthrodèse pour pied bot paralytique varus équin, par Schwartz. (*Rev. d'orthop.*, III, 2.) — Un cas de pied bot congénital chez une femme de 35 ans redressé par la méthode de force, par Bradford. (*Ibid.*, III, 2.) — Du pied bot congénital, par Wilson. (*Glasgow med. journ.*, octobre 1891.) — Anatomie pathologique du pied bot, par Bodenstein. (*Wiener med. Presse*, 7 février.) — Deux observations de pied-bot guéri par l'extirpation de l'astragale, par Boursier. (*Bull. Soc. de chirurgie*, XVII, p. 509.) — Traitement du pied bot, par Grunberg. (*Thèse de Paris*, 20 janvier.) — Cure radicale du pied plat, par Whiteman. (*N. York med. journ.*, 27 février.)

Pityriasis. — Un cas de pityriasis rubra pilaire, par Hudelo. (*Soc. franç. de Dermat.*, 14 janvier.) — Du pityriasis rubra et de ses rapports avec la tuberculose, par Jadassohn. (*Arch. f. Dermat.*, XXIV, 3.)

Placenta. — Nouvelles recherches sur le placenta prævia, par Ahlfeld. (*Cent. f. Gynæk.*, 26 mars.) — Sept cas d'insertion vicieuse du placenta, par H. Walther. (*Berlin. klin. Wochens.*, 14 septembre 1891.)

Plèvre. — Sur un essai de mensuration de la pression intra-pleurale chez l'homme vivant, par E. Aron. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXVI, 3.) —

Des accidents réflexes d'origine pleuro-pulmonaire, par Jeanselme. (*Gaz. hebd. Paris,* 26 mars.) — La pleurésie diaphragmatique, par Huchard. (*Gaz. méd. Paris*, 20 février.) — Considérations sur quelques cas de pleurésies subaiguës, par Artigalas. (*Languedoc méd.*, 8 janvier.) — Des épanchements chroniques de la plèvre, par Duvacher. (*Thèse de Paris*, 31 mars.) — Abcès pleuraux métapneumoniques, par Cornil. (*Soc. anat.*, 8 janvier.) — Le traitement de la pleurésie franche aiguë dans les hôpitaux de Paris, par Baudouin. (*Semaine méd.*, 20 janvier.) — Du traitement des pleurésies, par Peter. (*France méd.*, 7, p. 100.) — Du traitement des pleurésies séro-fibrineuses par les injections de liqueur de van Swieten, par Demmler. (*Semaine méd.*, 27 janvier.) — Traitement de la pleurésie exsudative non suppurée par les préparations salicylées, par Kœster. (*Therap. Monats.*, mars.) — Du pyothorax sous-phrénique, par Martin. (*Thèse de Paris*, 21 janvier.) — Épanchement pleural et empyème, par Lindsay. (*Lancet*, 2 janvier.) — Observation de pneumonie compliquée de pleurésie purulente interlobaire, incision de la paroi intercostale et lavages rares de la cavité purulente, guérison, pleurésie à pneumocoques et à bacillus coli communis, par Dumontpallier. (*Gaz des hôp.* 24 mars.) — Traitement de la pleurésie purulente interlobaire, par Rochard. (*Gaz. des hôp.*, 12 mars.) Du traitement opératoire de l'empyème, par Dambacher. (*Beit. z. klin. Chir.*, VIII, 3.)

Poil. — Note sur l'alopécie areata, par Bulkley. (*Journ. of cutan. dis.*, février.) — Traitement de l'alopécie par le collodion iodé, par Chatelain. (*Journ. des mal. cutan.*, p. 605, 1891.)

Poumon. — Topographie des scissures interlobaires du poumon, par Rochard. (*Gaz. des hôp.*, 23 février.) — De l'œdème aigu du poumon, par H. Hayd. (*New York. med. record.*, p. 731, octobre 1891.) — Congestion pulmonaire traitée par la saignée, par Van Allen. (*N. York med. journ.*, 19 mars.) — La pneumonie comme cause de mort dans les asiles d'aliénés, par Campbell. (*Lancet*, 19 mars.) — Micrococcus de la pneumonie fibrineuse, par Sternberg. (*Med. News.*, 6 février, et *Lancet*, 26 mars.) — La pneumonie comme je la vois et je la traite, par Young. (*New York med. record,* p. 675, octobre 1891.) — Considérations sur l'épidémie de pneumonie observée à la clinique de Nancy, 1890-91, par Prautois. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Fièvre pneumonique, sa mortalité, par Wills. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 9 janvier.) — Rapports entre la pneumonie et la tuberculose pulmonaire, par Georg. Sobernheim. (*Thèse de Berlin*, 1891.) — Les pneumonies aiguës envisagées comme maladies infectieuses, par D. Finkler. (*Wiesbaden.*) — Diagnostic de la pneumonie, par Patton. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 5 mars.) — Thrombose de l'artère iliaque et de l'artère rénale au cours d'une pneumonie infectieuse, gangrène massive des deux membres inférieurs, par Rendu. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 janvier.) — Thrombose du cœur droit, dans le cours d'une pneumonie grippale, par de Lavigne. (*Journ. méd. Bordeaux,* 25 février.) — La pneumonie pendant la grossesse, par Flatte. (*Thèse de Paris*, 17 février.) — — Sur la transformation de pneumonie en hépatisation fibreuse, par C. Davidson. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXVII, 2.) — Les pierres du poumon, par Legry. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Expériences sur les moyens de conférer l'immunité sur la guérison dans l'infection pneumococcique, par G. Klemperer et F. Klemperer. (*Berlin. klin. Wochens.*, 24 et 31 août 1891.) — Action sur le pneumocoque du sérum sanguin des lapins vaccinés contre l'infection pneumonique, par Mosny. (*Soc. de biol.*, 5 mars.) — Recherches expérimentales sur la vaccination contre l'infection pneumonique et sur sa guérison, par Mosny. (*Arch. de méd. expér.*, IV,

2.) — Le traitement rationnel de la pneumonie, par Reed. (*Therap. Gaz.*, 15 mars.) — Emploi de l'oxygène et de la strychnine dans la pneumonie, par Prickett. (*Brit. med. journ.*, 23 janvier.) — L'emploi de l'oxygène et de la strychnine dans la pneumonie, par Gilchrist. (*Ibid.*, 13 février.) — Oxygène et strychnine dans la pneumonie, par Allen. (*Ibid.*, 5 mars.) — Traitement de la pneumonie par la digitale, par Hoepfel. (*Therap. Monats.*, avril.) — Quelques expériences sur la physiologie du pneumothorax par plaie pénétrante de la poitrine, par Rodet et Pourrat. (*Soc. de biol.*, 9 janvier.) — Étude expérimentale du pneumothorax par plaies pénétrantes de poitrine, par Pourrat. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Étude anatomo-pathologique et symptomatique du pneumothorax circonscrit tuberculeux, son diagnostic différentiel d'avec la caverne pulmonaire, par Chanaud. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Hydropneumothorax, pyopneumothorax tuberculeux. Empyème spontané entraînant une tuberculose généralisée. Accidents méningés, mort, par Charrier. (*Rev. de méd.*, février.) — Plaie perforante du poumon droit, guérison, par Reading. (*Med. News.*, 6 février.) — Des tumeurs primitives du poumon et de la plèvre, par Schwalbe; idem, par A. Fraenkel. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 octobre 1891.) — Du cancer pulmonaire, par Th. Satterthwaite. (*New York med. record*, p. 257, septembre 1891.) — Cancer médiastinal et pulmonaire, par Kidd. (*London clin. Soc.*, 11 mars.) — Cancer du poumon gauche pesant 8,750 grammes, par Leprévost. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 115.) — Du diagnostic des tumeurs malignes du poumon, par Spillmann et Haushalter. (*Gaz. hebd. Paris*, 28 novembre 1891.)

Prostate. — Chirurgie de la prostate, par Wishard. (*Journ. of cutan. dis.*, mars.) — Cure radicale de l'hypertrophie prostatique par le galvano-cautère, par Clarke. (*London med. Soc.*, 11 janvier.) — L'hypertrophie de la prostate et son traitement, par Keyes. (*New York med. record*, *p.* 525., octobre 1891.) — Nouvelle sonde pour le cathétérisme chez les prostatiques, par Bazy. (*Bullet. Soc. de Chirurgie*, XVII, p. 503.)

Psoriasis. — Sur la production, consécutivement à des plaques sporiasiques, d'achromies persistantes, par Hallopeau. (*Soc. franç. de Dermat.*, 14 janvier.)

Psorospermie. — Des psorospermies et des maladies cutanées, par Hutchinson. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIV, 2.)

Psychologie. — Importance thérapeutique de la psychologie, par Morison. (*Practitioner*, janvier.)

Psychoses. — Quelques mots sur l'étiologie du vertige paralysant, par Ladame. (*Revue méd. Suisse romande*, XI, 351.) — Les femmes nerveuses, par Deschamps. (*Bull. de thérap.*. 15 février.) — Des psychoses dans l'enfance, par Schoenthal. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIII, 3.)

Ptomaïne. — Les ptomaïnes dans quelques maladies infectieuses, par Griffiths. (*Acad. des Sc.*, 29 février.)

Puerpéral. — Sur la phlegmatia alba dolens puerpérale, et son traitement, par Mlle Rosenthal. (*Thèse de Paris*, 30 mars.) — Erysipèle survenant dans le cours d'une pyémie puerpérale, par Wilson. (*Med. News*, 27 février.) — Du méphitisme de l'air comme cause de septicémie puerpérale, par Guéniot. (*Bull. Acad. de Méd.*, 1er mars.)

Purpura. — Influence du purpura sur la menstruation et la grossesse, par PHILLIPS. (*Trans. London obst. Soc.*, XXXIII, p. 390.)

Putréfaction. — Étude sur la putréfaction, par BORDAS. (*Thèse de Paris*, 17 décembre 1891.)

R

Rachis. — Sur la présence d'un petit arc osseux dans l'épaisseur du ligament atloïdo-occipital postérieur, par TROLARD. (*Soc. de biol.*, 12 mars.) — 5 cas de carie vertébrale à la suite d'une contusion simple du rachis chez des adultes, par KUEMMELL. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 octobre 1891.) — Trépanation du rachis pour fracture, par RIEDEL et par von BERGMANN. (*Ibid.*, 28 septembre 1891.) — Trépanation vertébrale transsomatique, par VINCENT. (*Lyon méd.*, 14 février.) — Fracture et luxation de la deuxième vertèbre lombaire; laminectomie, guérison, par MOULLIN. (*Lancet*, 13 février.) Laminectomie pour carie spinale, par SOUTHAM. (*Brit. med. J.*, 26 mars.) — Note sur un cas d'hématorachis, par FORTIN. (*Normandie méd.*, 15 janvier. — Carie du rachis, par NOBLE SMITH. (*Brit. med. J.*, 19 mars.) — Mal de Pott, abcès lombaire bilatéral, par YOUNG. (*Med. News*, 16 janvier.) — Drainage vertébral dans le mal de Pott, par LEVRAT. (*Lyon méd.*, 28 février.) — L'évolution bénigne des abcès dans le mal de Pott sous l'influence du traitement mécanique, par SHAFFER. (*N. York med. Journ.*, 20 février.) — Du traitement chirurgical rachidien du mal vertébral de Pott, par CAPILLERY. (*Thèse de Lyon*, janvier). — Recherches sur les courbures rachidiennes des enfants assis, par W. SCHULTHESS. (*Hyg. Rundsch.*, I, 1061.) — Quelques causes de scoliose avec rotation, par WILSON. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 2 avril.) — Nouvelle minerve plâtrée, description, avantages de cet appareil, par GANGOLPHE. (*Lyon méd.*, 14 février.) — Du traitement du mal de Pott cervical, nouvelle minerve en plâtre, par PARANT. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Des tumeurs congénitales du sacrum, par RITSCHL. (*Beitr. z. klin. Chir.*, VIII, 3.) — Tumeurs, fistules et kystes sacro-coccygiens, par MALLORY. (*Americ. J. of med. sc.*, mars.) — Cancer des vertèbres simulant le mal de Pott, par JUDSON. (*New York med. Record*, p. 533, octobre 1891.)

Rachitisme. — Cas unique de rachitisme avec contractions synchrones du cœur avec la respiration, 54 par minute, par LEIGH. (*Med. News*, 20 février.) — Traitement du rachitisme, par COMBY. (*Bull. méd.*, 27 mars.)

Rage. — Deux cas de rage, une autopsie, par MC CASKEY. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 23 janvier.) — Quelques réflexions sur la prophylaxie de la rage, par KELSCH et VAILLARD. (*Arch. de méd. milit.*, mars.) — La prophylaxie et la guérison de la rage par le sang des animaux vaccinés contre cette maladie, par TIZZONI et SCHWARZ. (*Ann. de microg.*, 20 janvier.) — Prophylaxie de la rage en Belgique. (Arrêté royal du 16 juin 1891, et Instruction du Conseil supérieur d'hygiène). (Le *Mouvement hygiénique*, VII, 321.)

Rate. — Recherches sur l'état de la rate chez le vieillard, par PILLIET. (*Soc. de biol.*, 2 avril.) — Thrombose de la veine splénique, infarctus de la rate, par ROLLESTON. (*London path. Soc.*, 19 janvier.)

Rectum. — Examen systématique pour les maladies du rectum, par Worthington. (*Med. News*, 20 février.) — Chute du rectum chez un enfant. guérie par une suture anale sous-cutanée, par Thiersch. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 octobre 1891.) — Imperforation du rectum avec intégrité de l'anus; anus contre nature sur l'S iliaque, compliqué d'invagination des deux bouts, perforation du diaphragme rectal avec le trocart, péritonite, mort, par Chaput et Auvray. (*Soc. anat.*, mars, p. 215.) — Nouveau mode de rectopexie pour le prolapsus du rectum, par Donadieu. (*Journ. méd. Bordeaux*, 31 janvier.) — Épithélioma du rectum, extirpation suivie d'un prolapsus du rectum, compliqué d'une ulcération rebelle, colopexie iliaque, guérison du prolapsus et de l'ulcération, cure de l'anus contre nature par l'entérorraphie, par Berger. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 146.) — Du cancer du rectum à évolution latente, par Verrié. (*Thèse de Paris*, 19 février.) — Cancer du rectum; ablation par résection partielle du sacrum, par Davie. (*Brit. med. J.*, 13 février.) — De la résection du rectum, par Kraske, von Bramann, etc., (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 septembre 1891.)

Réflexe. — Nouvelle méthode d'exploration des réflexes tendineux et modification de ces réflexes dans l'aliénation et l'épilepsie, par Bechterew. (*Neurol. Centralb.*, 15 janvier.) — Sur la localisation du réflexe du genou, par Sherrington. (*Brit. med. J.*, 12 mars.)

Rein. — Disposition anormale des artères dans la région du rein et de la capsule surrénale, par Hughes. (*Journ. of Anat.*, avril.) — Étude expérimentale de la ponction du rein, par Chabrié. (*Thèse de Paris*, 25 février.) Influence de la tension intra rénale sur les fonctions du rein, par Guyon. (*Acad. des sc.*, 29 février.) — Anomalie rénale double, par Legueu. (*Soc. anat.*, 29 janvier.) — Atrophie et ectopie congénitale du rein gauche, par Despiney. (*Loire méd.*, 15 mars.) — Contribution de l'histogenèse des tumeurs provenant des germes aberrants du rein, par Horn. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXVI, 2.) — Ectopie congénitale du rein, par Nové-Josserand. (*Lyon méd.*, 28 février.) — Néphrite hémorragique ou tumeur sanguine du rein, par Oliver. (*Brit. med. J.*, 26 mars.) — Des néphrites infectieuses, par Enriquez. (*Thèse de Paris.*, 28 janvier.) — Des néphrites toxiques, par Lancereaux. (*Semaine méd.*, 9 mars.) — La dyspnée dans la maladie de Bright avancée, par Steele. (*Med. Chronicle*, XV, 1.) — Calculs du rein droit, atrophie du rein gauche, par Mauclaire. (*Soc. anat.*, *Paris*, mars, p. 188.) — Un cas d'anurie calculeuse, urémie avec hyperthermie, mort, par Chapotot. (*Lyon méd.*, 10 janvier.) — Quelques cas de colique néphrétique, par Tirard. (*Lancet*, 2 janvier.) — Passage d'un calcul rénal par l'intestin, par Good. (*Med. News*, 27 février.) — De l'acétonurie expérimentale, d'après les recherches de Lustig et Oddi, par Gley. (*Arch. de phys.*, IV, 2.) — Recherches cliniques et expérimentales sur l'acétonémie, par G. Bœri. (*Riv. clin. e terapeutica*, n° 11, 1891.) — Contribution à l'étude de l'hydrotianurie, par P. Malerba. (*Ibid.*, n° 11, 1891.) — Le rein mobile, par Bruhl. (*Gaz. des hôp.*, 6 février.) — Rein gauche mobile, hydronéphrose intermittente, rétention rénale aseptique, néphrorraphie; guérison, par Vigneron. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, janvier.) — L'hydronéphrose des reins mobiles, hydronéphrose intermittente, par Baudouin. (*Gaz. hebd. Paris*, 6 février.) — Du traitement chirurgical de l'hydronéphrose, par Vernet. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Fibrome du ligament large gauche, comprimant l'uretère droit, hydronéphrose et néphrite interstitielle atrophique, par Gauget. (*Soc. anat.*, 18 mars.) — Hydronéphrose du rein droit, néphrotomie; pyonéphrose du rein gauche, néphrectomie, par Whipple. (*Lancet*, 12 mars.) — Rein kystique congénital suppuré,

hydronéphrose et oblitération de l'uretère, par Farr. (*Americ. J. of med. sc.*, mars.) — Rein mobile, néphrorraphie, pyonéphrose intermittente, néphrectomie, par Quénu. (*Bullet. Soc. de chirurgie*, XVII, p. 533.) — Une nouvelle méthode de néphrectomie avec diminution de la mortalité, par Favre. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXV, 2.) — Tuberculose vertébrale et lithiase rénale. Ouverture d'un foyer de suppuration dans le rein gauche, par Moty. (*Bullet. Soc. de chirurgie,* XVII, p. 645.) — Néphrectomie parapéritonéale pour un rein tuberculeux, par Rivière. (*Lyon méd.*, 28 février.) — De l'extirpation du rein dans la tuberculose rénale, par Szuman. (*Therap. Monats.*, janvier.) — Pyélonéphrite tuberculeuse; néphrectomie, guérison; fistule produite par le fil de soie qui a servi à lier le pédicule, par Polaillon. (*Ann. mal. org. gén.-urin.,* janvier.) — Néphrite tuberculeuse, néphrectomie lombaire, guérison, par Répin. (*Soc. anat.*, 15 janvier.) — Sarcome primitif du rein gauche, par Michel. (*Soc. anat. Paris,* février, p. 118.) — Etude anatomo-pathologique sur le cancer épithélial du rein chez l'adulte, par Levadoux. (*Thèse de Paris*, 14 janvier.) — Deux cas de néphrectomie, sarcome et pyonéphrose, par Sullivan. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 9 janvier.) — Chirurgie du rein, par Bœckel. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er mars.) — Opérations pratiquées sur le rein, par Hartmann. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 mars.) — Pyonéphrite calculeuse, par Renvers. (*Berlin. klin. Wochens.*, 7 septembre 1891.) — Néphrotomie pour pyélite calculeuse, par Keen et Stewart. (*Therap. Gaz.*, 15 janvier.) — Deux cas de néphrectomie guéris, l'un pour hydronéphrose, l'autre pour pyonéphrose, par Sattler. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 octobre 1891.) — Le traitement de la pyélite, par Hartmann. (*Mercredi méd.*, 24 février.) — Un cas de néphrectomie transpéritonéale, par Heinricius. (*Finska läkar. handlingar*, XXXVI, 2, et *Cent. f. Chir.*, 9 avril.) — De la résection du rein, par de Paoli (96 p., *Perugia.*) — Anatomie et chirurgie de l'uretère, par Cabot. (*Americ. J. of med. sc.*, janvier.) — Greffe de l'uretère à la peau du flanc, par Trékaki. (*Bull. Soc. anat.*, mars, p. 150.) — Du méat uretéral artificiel, greffe de l'uretère à la paroi latérale ou postérieure de l'abdomen, par Trékaki. (*Thèse de Paris*, 7 avril.) — Sur les fonctions des capsules surrénales de la grenouille, par Abelous et Langlois. (*Arch. de phys.*, IV, 2.)

Résection. — Résection de la hanche pour sarcome, par Moty. (*Bull. Soc. de chir.*, XVII, p. 784.) — Résection de la hanche et drainage pelvien, par Vincent. (*Lyon méd.*, 7 février.) — Résection de l'extrémité supérieure du fémur pour une fracture du col non consolidée, par Reynier. (*Bullet. Soc. de chirurgie*, XVII, p. 424.) — Dix cas de résection du genou, par Bryant. (*Americ. J. of med. sc.*, février.) — Résection du genou sans hémostase et sans drainage, par Schwartz. (*Gaz. des hôp.*, 4 février.)

Respiration. — Sur les variations corrélatives dans l'intensité de la thermogenèse, et des échanges respiratoires, par Laulanié. (*Arch. de phys.*, IV, 2, et *Soc. de biol.*, 6 février.) — Séméiologie des différents types respiratoires, par Gad. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 septembre 1891.) — Oxygène et strychnine dans les troubles respiratoires, par Cripps. (*Brit. med. J.*, 27 février.) — L'emploi de l'oxygène dans les maladies respiratoires, par Skerritt; dans l'asthme et la convalescence, par Blakiston. (*Brit. med. Journ.*, 6 février.)

Rétine. — Les vaisseaux de la rétine, par Musgrove. (*Journ. of Anat.*, janvier.) — Anomalies congénitales des veines rétiniennes, par Stephenson. (*Lancet*, 30 janvier.) — Altérations dans la rétine de la grenouille par suite de la section du nerf optique; contribution à l'histologie normale et

pathologique de la rétine, par Colucci. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 1.) — Embolie de l'artère centrale avec phénomène particulier de la circulation, par Bjerrum. (*Nord. Opht. Tidssk.*, IV, 3.) — Contribution au diagnostic ophtalmoscopique des altérations des parois vasculaires dans la rétine, par Meyer. (*Rev. gén. d'opht.*, XI, 3.) — Altérations précoces dans un cas de cysticerque sous-rétinien, par Ziem. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, janvier.) Le pseudo-gliome de la rétine, par Rumschewitsch. (*Ibid.*, janvier.)

Rhumatisme. — Rhumatisme abarticulaire avec endocardite et nodosités sous-cutanées, par Dyce-Duckworth. (*Practitioner*, mars.) — Diathèse rhumatoïdale et catarrhe gastrique, par Coutaret. (*Semaine méd.*, 16 janvier.) — Endocardite rhumatismale primitive avec érythème noueux, par Chaddock. (*N. York med. Journ.*, 12 mars.) — Modifications du sang dans le cours des attaques rhumatismales, par Garrod. (*Royal med. and chir. Soc.*, 9 février.) — Rhumatisme articulaire aigu et dothiénentérie, par Moussous. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 février.) — Un fait de rhumatisme subaigu avec œdème rhumatismal, érythème diffus, érythème noueux, par Potain. (*Gaz. des hôp.*, 12 janvier.) — Du rhumatisme chronique de la colonne vertébrale, par Tanassesco. (*Thèse de Paris,* 2 mars.) — Rhumatisme aigu, son traitement, par Tyson. (*Therap. Gaz.*, 15 janvier.) — Indications thérapeutiques dans un cas de rhumatisme articulaire aigu, par A. Robin. (*Gaz. des hôp.*, 31 mars.)

Rougeole. — Sur la contagion de la rougeole, par Sudour. (*Arch. de méd. milit.*, janvier.) — Paralysie suite de la rougeole, par Carpenter. (*Med. News*, 13 février.)

S

Salive. — Sur l'action diastasique de la salive de l'homme, avec l'historique de la question, par Schlesinger. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXV, 1 et 2.) — Un cas de ptyalisme par le colchique, par Shand. (*N. York med. Journ.*, 2 janvier.) — Des inflammations canaliculaires chroniques des glandes salivaires avec infiltration de gaz dans les conduits excréteurs et les lobules glandulaires, par Walther. (*Soc. anat.*, mars, p. 211.)

Sang. — Nouvelles recherches sur la production des éléments colorés du sang, par Foa. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 1.) — Nos connaissances sur le développement des corpuscules rouges et blancs du sang, par Oppel, bibliographie complète. (*Cent. f. allg. Path.*, III, 5.) — Méthode d'examen du sang, par Muir. (*Journ. of anat.*, avril.) — Le tissu ou la cellule fibrinogène dans ses rapports avec la pathologie du sang, par Wright. (*Lancet*, 27 février.) — Etude du sang après les hémorragies, étude du sang veineux et artériel, nombre des globules, proportion d'hémoglobine, par Kiefer. (*Med. News*, 27 février.) — Sur la métamorphose pigmentaire des globules rouges, par Muhlmann. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXVI, 1.) — Sur la plasmine du sang des mammifères, par Bizzozero. (*Arch. per le Sc. med.*, XV, 4.) — Sur les modifications du sang par l'effet des peptones et des ferments solubles, par Salvioli. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 1.) — Action du sulfate de strychnine sur les leucocytes, par Maurel. (*Bull. de thérap.*, 30 mars.) — Hémo-alcalimétrie, hémo-acidimétrie, étude des va-

riations de la réaction alcaline et de l'acidité réelle du sang dans les conditions physiologiques et pathologiques, par DROUIN. (*Thèse de Paris*, 10 février.) — Sur la fermentation du sang, par BERTHELOT et ANDRÉ. (*Acad. des sc.*, 7 mars.) — Glycolyse dans le sang, par ARTHUS (*Acad. des sc.*, 14 mars.) — Glycolyse dans le sang et ferment glycolytique, par ARTHUS. (*Arch. de phys.*, IV, 2.) — Sur la glycolyse du sang contenu dans une veine fermée à ses deux bouts, par LÉPINE et BARRAL. (*Soc. de biol.*, 12 mars.) — L'action de l'hématolyse exagérée sur la prédisposition aux maladies infectieuses, par MYA et SANARELLI. (*Atti reale accad. dei fisiocrit. Siena*, série IV, vol. III et *Arch. ital. de biol.*, XVII, 1.) — Des trypanosomes parasites du sang, par LAVERAN. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 2.) — Recherches sur le sang sous les Tropiques, par EIJKMAN. (*Archiv f. pathol. anat.*, CXXVI, 1.) — Sur le poids spécifique du sang chez les Européens vivant sous les Tropiques, par GLAGNER. (*Ibid.*, CXXVI, 1.) — Pathologie clinique du sang, par LIMBECK. (*Iena.*) — Valeur diagnostique et médico-légale du spectre de l'hémoglobine oxycarbonée, par d'ASTROS. (*Marseille médical*, p. 20.) — Proportion de fibrine dans le sang des lépreux, par RAKE. (*Lancet*, 9 janvier.)

Sarcome. — Sarcome du bras intéressant la peau, amputation, récidive dans le moignon un an plus tard, par SHEPHERD. (*Journ. of cutan. dis.*, février.) — Sarcome pigmenté de la peau, par ABRAHAM. (*Brit. med. j.*, 2 janvier.) — Evolution particulière d'une récidive de mélano-sarcome, par ZILGIEN. (*Gaz. hebd. Paris*, 16 janvier.)

Saturnisme. — Intoxication plombique par une voie peu ordinaire (balle de plomb dans la bouche), par FOUQUE. (*Gaz. des hôp.*, 18 février.) — Un cas d'hémorragie cérébrale avec irruption ventriculaire terminant une intoxication chronique par le plomb, par LÉTIENNE. (*Arch. de méd.*, janvier.) — De la goutte saturnine, par LEMOINE et JOIRE. (*Bull. méd. du Nord*, janv.)

Scarlatine. — La scarlatine en 1891, à la maison des Enfants-Malades, par Edouard MARTIN. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, 641.) — Inoculation des germes de la scarlatine à des Japonais, comme moyen préventif, par ASHMEAD. (*New York med. record,* p. 270, septembre 1891.) — A propos d'un cas de bubon scarlatineux; recherches bactériologiques, par COMBEMALE et LAMY. (*Bull. méd. du Nord.*, 1.) — Scarlatine sans exanthème, par LEE, (*Med. News.*, 13 février.) — L'albuminurie dans la scarlatine, par DUDLEY. (*Boston med. Journ.*, 11 février.) — Prophylaxie des complications et suites de la scarlatine, par Lewis SMITH. (*Practitioner*, janvier.)

Sclérodermie. — Un cas de sclérodermie, par DUNN. (*N. York med. Journ.*, 26 mars.) — Sclérodermie en plaques, limitée au cuir chevelu, par BRAULT, (*Arch. de méd. milit.*, janvier.) — Sclérodermie en bandes traitée par l'électrolyse, par BROCQ. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 janvier.)

Serpent. — Etude expérimentale du venin du naja tripudians ou cobra capel, par CALMETTE. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 3.) — Traitement des morsures de serpent à sonnettes par le permanganate de potasse, 9 succès, par BARBER. (*Therap. Gaz.*, 15 janvier.)

Sommeil. — Recherches physiologiques sur le sommeil, par CZERNY. (*Prager med. Woch.*, 27 janvier.)

Strabisme. — Les anomalies de la convergence, par VAN MILLINGEN. (*Ann., d'oculist.*, janvier.) — Modifications secondaires dans l'appareil moteur

des yeux dans le strabisme, par Parinaud. (*Ibid.*, mars.) — Traitement du strabisme divergent, par Gruening. (*N. York med. Journ.*, 12 mars.)

Sueur. — Acide camphorique contre les sueurs nocturnes des phtisiques, par Wood. (*Med. News*, 12 mars.)

Suette. — Histologie des miliaires rouge et blanche (sudamina), par Torok. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 octobre 1891.)

Surdi-mutité. — La méthode orale pure chez les sourds-muets et la correction de l'articulation chez les enfants sourds, par Stone. (*Therap. Gaz.*, 15 février.) — Le sourd-muet, état mental, par Collineau. (*Arch. de l'antrop. crimin.*, VII, 37.) — Un cas de surdi-mutité suite de rougeole, par Mygind. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXII, 3.)

Suppuration. — De la suppuration, peptone dans le pus, par Shattock. (*London path. soc.*, 2 février.)

Syphilis. — Les déterminations organiques de la syphilis peuvent-elles dans certains cas tenir à la nature du virus, celui-ci pouvant alors produire des localisations analogues chez toute une série d'individus contaminés à la même source, par Morel Lavallée. (*Soc. franç. de dermat.*, 28 janvier et *Gaz. des hôp.*, 17 mars.) — Quelle conduite doit tenir le médecin dans le cas où consulté par une femme qui vient lui demander ce qu'elle a, il trouve cette femme affectée de syphilis, par Fournier. (*Ann. de dermat.*, III, 2.) — Peut-on contracter deux fois la vérole ? par Du Castel. (*Rev. gén. de clin.*, 1.) — De l'extension des maladies vénériennes à Berlin, par Blaschko. (*Wiener med. Presse*, 3 janvier.) — Syphilis non vénérienne, par Robbins. (*Med. News*, 5 mars.) — Recherches statistiques sur les conditions de transmission de la syphilis de la mère au fœtus, par Lhomer. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Réinfection syphilitique, par Pauly. (*Lyon méd.*, 3 avril.) — Un cas de réinfection syphilitique, par Ernest Feibes. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 octobre 1891.) — Un cas de réinfection syphilitique, par Pospelow. (*Ann. de dermat.*, III, 2.) — Syphilis tartive, par Conner. (*Med. News*, 23 janvier.) — De la cachexie syphilitique, par Blake White. (*journ. of cutan. dis.*, avril.) — Quelques points du diagnostic différentiel de la syphilis et de la tuberculose, par Morrow. (*Journ. of cutan. dis.*, avril.) — Un cas de syphilis secondaire anormale et maligne, mutilante, forme tuberculo-ulcéreuse gangréneuse, par Besnier. (*Soc. franç. de dermat.*, 11 février.) — Du pronostic et du traitement de la syphilis héréditaire, par Gossart. (*Thèse de Bordeaux.*) — Syphilis héréditaire tardive des os, par Davis. (*N. York med. Journ.*, 23 janv.) — Pemphygus simple et syphilis héréditaire, par d'Astros. (*Marseille médical*, 1, p. 13.) — Diagnostic d'une forme de syphilis cranienne, par Carter Gray. (*Americ. j. of med.*, janv.) — Syphilis et paralysie générale, par Raymond. (*Bull. méd.*, 13 avril.) — Sur la pseudo-paralysie syphilitique ou maladie de Parrot à propos de 3 cas terminés par la guérison par Moncorvo. (*Gaz. hebd. Paris*, 23 janvier.) — Ataxie locomotrice syphilitique avec tumeurs de la base de la langue et de l'épiglotte, par Lewin. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 octobre 1891.) — Un cas d'hystéro-syphilis, par Djélaleddin Moukhtar. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 mars.) — Lésion syphilitique de l'artère coronaire gauche du cœur, par Calma. (*Prager med. Woch.*, 10 février.) — Sur la syphilis artérielle, par Artigalas. (*Languedoc méd.*, 22 janvier.) — Sur un cas de phlébite observée chez un syphilitique durant la période des accidents secondaires, par Cauatru. (*France méd.*, 3, p. 34.) — Syphilis pulmonaire chez un nouveau-né, par Brunet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 février.) — La syphilis du poumon,

par Marfan. (*Gaz. des hôp.*, 9 janvier.) — Gomme des deux iris, syphilide pigmentaire du cou, alopécie en clairière chez un homme syphilitique depuis 6 mois, par Hudelo. (*Soc. franç. de dermat.*, 11 février.) — Syphilide pigmentaire généralisée, par Hudelo. (*Ibid.*) — Syphilis rénale au point de vue chirurgical, par Israel (*Mercredi méd.*, 24 février.) — Sur la syphilis brightique précoce, par Prendergast. (*Thèse de Paris*, 25 février.) — Myosite syphilitique diffuse ou interstitielle, par Lewin. (*Charité Annalen*, XVI, p. 753.) — Un cas d'ischialgie syphilitique, par Vairo. (*Progresso med.*, 10 mars.) — De la syphilis articulaire, par Hutchinson. (*Brit. med. Journ.*, 16 avril.) — Sur un cas d'onyxis syphilitique, par Colat. (*Languedoc méd.*, 15 janvier.) — Chancres génitaux chez la femme, par Taylor. (*N. York med. journ.*, 2 janvier.) — Gomme du méat urinaire, par Pauly. (*Lyon méd.*, 3 avril.) — La syphilis tertiaire du testicule, par Fournier. (*Gaz. des hôp.*, 25 février et *Union médicale*, 7 janvier.) — Gommes testiculaires, par Lewin. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 octobre 1891.) — Chancre syphilitique extra-génital, front, par Pauly. (*Lyon méd.*, 3 janvier.) — Syphilis héréditaire tardive du nez, du pharynx et du larynx, par Botey. (*Journ. of laryng.*, avril.) — Chancre papillomateux de la face, par Cripps. (*London med. soc.*, 11 avril.) — Chancre de la lèvre, par Paget. (*Lancet*, 16 avril.) — Chancre de la joue, par Sheild. (*London clin. soc.*, 25 janvier.) — Traitement de la syphilis, par Fournier. (*Rev. gén. de clin.*, 1891, nº 53.) — Excision du chancre syphilitique, par Pollitzer. (*New York med. record*, p. 501, octobre 1891.) — A propos de l'excision du chancre syphilitique, par Spillmann. (*Mercredi méd.*, 13 janvier.) — Du traitement de la syphilis par les injections de succinimide mercurique, par Jullien. (*Gaz. des hôp.*, 3 mars.) — Flanelles mercurielles, par Carles. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 janvier.)

T

Tænia. — Tænia comme cause de névralgie intercostale et de zona, par Duryee. (*N.-York med. Journ.*, 5 mars.) — Sur l'augmentation de fréquence du tænia en France, depuis un demi-siècle, par Bérenger-Féraud. (*Bull. de thérap.*, 30 mars.) — Sur la fréquence relative des diverses espèces de tænia, par Colin. (*Bull. Acad. méd.*, 9 février.)

Teigne. — Tricophytie des régions à épiderme corné, plante du pied, par Djélaleddin Moukhtar. (*Soc. franç. de dermat.*, 28 janvier.) — *Idem*, par Vidal. (*Ibid.*, 11 février.) — Tricophytie de la plante du pied datant de 6 ans et simulant la syphilis, par Djélaleddin Moukhtar. (*Ibid.*, 10 mars.) — Traitement du sycosis, par Kromayer. (*Therap. Monats.*, avril.) — Traitement de la teigne, par Duhring. (*Americ. j. of med. sc.*, février.)

Température. — Méthode pour déterminer le sens thermique au lit du malade, par Leegaard. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLVIII, p. 207.) — De l'influence de quelques produits de sécrétion sur la calorification, par Keiffer. (*Rev. de méd.*, mars.) — De l'influence pathogénique des variations de température, par A. Rémond. (*Languedoc méd.*, 1er janvier.)

Tendon. — Déchirure sous-cutanée du long extérieur du pouce ; suture secondaire médiate, par Kümmel. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 octobre 1891.) —

De la suture des tendons, par Sylvestre. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Ténotomie par incision ouverte et cutanée, par Wilson. (*Therap. Gaz.*, 15 février.)

Testicule. — Le testicule central de Van Beneden dans les cellules séminales de la scolopendre, par Prenant. (*Soc. de biol.*, 12 mars.) — La circulation du testicule, par Sebileau et Arrou. (*Soc. de biol.*, 23 janvier.) — La spermatogenèse chez les mammifères et chez l'homme, par Vialleton. (*Lyon méd.*, 20 mars.) — La numération des spermatozoïdes, par Guelliot. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, janvier.) — Faits nouveaux montrant que la spermine n'est pas l'agent actif du liquide testiculaire, par Brown-Séquard. (*Arch. de phys.*, IV, 2.) — Hématocèle pariétale par épanchement, par Reclus. (*Semaine méd.*, 27 janvier.) — Quelques résultats éloignés de la résection simple du scrotum comme traitement du varicocèle, par Wickham. (*Rev. gén. de clin.*, n° 50, 1891.) — Du varicocèle et de son traitement par la double ligature à ciel ouvert, par Lautour. (*Thèse de Bordeaux.*) — Le cataplasme sec dans le traitement de l'épididymite, par Brewer. (*Journ. of cutan. dis.*, janvier.) — Traitement de l'épididymite par le bandage roulé, par Philippson. (*Therap. Monats.*, avril.) — Procédé d'anesthésie de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle, par l'injection iodée, par Nicaise. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 151.) — Tumeur rare de l'épididyme, fibrome calcifié, chez un sujet de 23 ans ; hernie épiploïque irréductible, castration, résection de l'épiploon, guérison, par Aubeau. (*La Clinique française*, mars.) — Sclérose du testicule provoquée par la vaginalite chronique simple adhésive, par Regnault. (*Soc. de biol.*, 26 mars.) — Tuberculose du testicule à évolution anormale, par Mercier. (*Soc. anat.*, 29 janvier.) — D'un mode de début non décrit de la syphilis testiculaire, par Montaz. (*Dauphiné méd.*, 1er janvier.) — Orchidopexie, par Monod. (*Bullet. Soc. de chirurgie*, XVII, p. 475.) — Orchidopexie, par Gérard Marchant. (*Ibid.*, XVII, 477.)

Tétanie. — De la tétanie dans la dilatation de l'estomac, par Lopez. (*Thèse de Paris*, 10 mars.) — Recherches cliniques et expérimentales sur la tétanie d'origine gastrique, par Bouveret et Devic. (*Rev. de méd.*, janvier.) — Théorie de la tétanie, par Schlesinger. (*Neurol. Centr.*, 1er février.)

Tétanos. — Pathogénie du tétanos céphalique, par Conrad Brunner. (*Berlin. klin. Wochens*, 7 septembre 1891.) — Du tétanos céphalique, par Nerlich. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIII, 3.) — Contribution à l'étude du tétanos, par de la Rosa. (*Thèse de Paris*, 11 février.) — Pathologie du tétanos, recherches sur son microorganisme et l'action des désinfectants, par Kyle. (*Therap. Gaz.*, 15 février.) — Un cas de tétanos ; infection à la surface d'une ulcération chronique, par Buchanan. (*Glasgow med. Journ.*, p. 127, 1891.) — Tétanos comme complication de l'ovariotomie, par Phillips. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 12 janvier.)

Thérapeutique. — Etudes de thérapeutique expérimentale et clinique, par Quinquaud. (In-8°, *Paris.*) — Une nouvelle méthode de posologie par dosage duodécimal des médicaments toxiques, par Trouette, rapport de Polaillon. (*Bull. Acad. méd.*, 2 février.) — Dictionnaire de matière médicale et de thérapeutique, par Leonard et Christy. (*Londres.*) — Eléments de matière médicale et thérapeutique, par Semple. (*Londres.*) — Du mode d'action des révulsifs, par Besson. (*Soc. de biol.*, 27 février.) — La lumière comme agent thérapeutique, par Blacker et Clarke. (*Practitioner*, avril.) — Peut-on prescrire en toute sécurité le nitrate d'aconitine cristal-

lisé? par LÉPINE. (*Semaine méd.*, 30 mars.) — De l'action de la teinture de Colombo, par SCHULZ. (*Therap. Monats.*, février.) — Les indications et le mode d'emploi de la digitale, par ROBIN. (*Union médicale*, 26 janvier.) — L'action hypercynétique de la digitale et son action antiphlogistique dans la pneumonie, par PETRESCO. (*Bull. de thér.*, 15 février.) — Action contraire du salicylate de soude, de l'acétanilide; digitaline dans la pneumonie, par LÉPINE. (*Semaine méd.*, 20 janvier.) — Peroxyde d'hydrogène comme agent thérapeutique, par STUVER. (*Therap. Gaz.*, 15 mars.) — Action physiologique et applications thérapeutiques du Viburnum prunifolium, par PAYNE. (*Med. News*, 2 avril.) — L'emploi du sulfonal comme calmant et hypnotique, par JOHNSTONE. (*Journ. of ment. sc.*, janvier.) — De l'action physiologique et thérapeutique de la nitroglycérine, par MARREL. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Du thyophène et de son emploi thérapeutique, par SPIEGLER. (*Therap. Monats.*, février.) — Emploi chirurgical de l'iodure de thiophène, par HOCK. (*Ibid.*) — Sur l'élimination de la créosote par les urines, après les injections hypodermiques d'huile créosotée, par GRASSET et IMBERT. (*Bull. de thérap.*, 30 mars.) — De l'ichthyol en injections hypodermiques, par DAMIENS. (*Thèse de Paris*, 7 avril.) — Emploi du bleu de méthylène dans les processus tuberculeux, par ALTHEN. (*Münch. med.*, *Woch.*, 5 janvier.) — Le dermatol comme succédané de l'iodoforme, par P. GIBNEY. (*New York med. Record*, p. 474, octobre 1891.) — De l'emploi du dermatol, par DŒRNBERGER. (*Therap. Monats.*, février.) — Le gallacetophenone, nouvel agent dermo thérapique, par GOLDENBERG. (*N.-York med. Journ.*, 6 février.) — Emploi thérapeutique du suint, par IHLE. (*Berlin. klin. Wochens.*, 9 novembre 1891.)

Thorax. — Sur les effets produits par les variations de la pression normale intra et extra thoracique, par SPALLITA. (*Sperimetanle*, XLVI, 1.) — Le thorax des chanteurs, par ENGLISH (*New-York med. Record,* 5 mars.) — Des côtes cervicales, par WALLACE. (*Edinb. med. journ.*, février.) — Plaie persistante du thorax et de l'abdomen par coup de feu; lésions du poumon, déchirure du diaphragme, blessure de l'estomac qui fait hernie dans le thorax, par ALDIBERT. (*Soc. anat.*, 29 janvier.) — Plaie par arme à feu du 7e espace intercostal, par DELBET. (*Soc. anat.*, février, p. 91.) — Etude diagnostique des tumeurs du médiastin, par J. LINDSAY STEVEN. (*Glasgow med. journ.*, p. 110 août 1891.)

Thymus. — Contribution à la morphologie du thymus, par CAPOBIANCO. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 1.)

Thyroïde. — Sur la fonction de la glande thyroïde, par GLEY. (*Arch. de phys.*, IV, 2.) — Exposé critique des recherches relatives à la physiologie de la glande thyroïde, par GLEY, (*Ibid.*, IV, 2.) — Fonctions du corps thyroïde, étude historique et critique, par HORSLEY. (*Brit. med. journ.*, 30 janvier.) — De l'étiologie de la thyroïdite; contribution à l'étude des infections hématogènes, par E. TAVEL. (*Bâle.*) — Le traitement du goitre par les injections d'iode, de mercure, de potasse et l'ablation, par O' REILLY. (*Lancet*, 2 avril.) — Goitre kystique énorme; thyroïdectomie; guérison, par CHOUPIN. (*Loire méd.*, 15 mars.) — Valeur des injections du suc thyroïdien chez les chiens thyroïdectomisés, par SCHWARZ. (*Sperimentale*, XLVI, 1.) — De l'énucléation intra glandulaire des goitres. 24 observations inédites, par FONTAINE DE PRELLE. (*Thèse de Lyon*, 9 janvier.) — De l'énucléation dans le traitement du goitre, par REVERDIN. (*Rev. de chir.*, mars.) — Le goitre exophtalmique, étude clinique, par M. RAMSAY. (*Glasgow med. journ.*, p. 81, août 1891.) — Etat des organes génitaux dans la maladie de Basedow, par KLEINWAECHTER. (*Cent. f. Gynæk.*, 12 mars.) — Des pto-

maines urinaires dans le goitre exoptalmique, par Boinet et Silbert. (*Rev. de méd.*, janvier.) — L'extirpation du goitre dans la maladie de Basedow, par Stierling. (*Beit. zur klin. Chir.*, VIII, 3.)

Torticolis. — Résection des branches postérieures des trois premiers nerfs cervicaux pour un torticolis spasmodique, par Powers. (*New-York med. journ.*, 5 mars.) — Résection du nerf spinal accessoire pour le torticolis, par Griffith et Halwell. (*Leeds and west riding med. chir.*, soc. 18 mars.)

Trachée. — Recherches sur les terminaisons nerveuses dans la muqueuse de la trachée, par Benedicenti. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 1.) — Un cas d'aérocèle bilatérale du cou chez un phtisique, par Imbert. (*Gaz. des hôp.*, 10 mars.) — Mort rapide par pénétration d'un lombric dans la trachée, par Lacaussade. (*Arch. de méd. milit.*, mars.) — De la trachéotomie chez les nourrissons, par Hagen. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIII, 2 et 3.) — Trachéotomie chez un enfant de 4 jours, mort, par Clegg. (*Brit. med. journ.*, 9 janvier.) — Des troubles respiratoires survenant chez les enfants trachéotomisés et porteurs de tumeurs adénoïdes pharyngiennes, par Martha. (*Rev. de laryng.*, 15 janvier,) — Des hémorragies après la trachéotomie dans la diphtèrie, par Foltanek. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIII, 3.)

Transfusion. — Indications de la transfusion d'eau salée, par Sahli et Krœnlein. (*Corresp.-Blatt f. schweize Ærzte*,, 15 novembre 1891.)

Tremblement. — Sur le tremblement essentiel héréditaire, par Raymond. (*Bull. méd.* 2 mars.)

Trépanation. — Guide et échelle pour la trépanation dans les cas d'otite, par Macnaughton Jones, (*Lancet*, 5 mars.)

Tuberculose. — Origine de la tuberculose, par Carrier. (*N. York med. journ.*, 20 février.) — Diagnostic et valeur pronostique du bacille tuberculeux, par Wethered. (*London med. soc.*, 29 février.) — Résistance du bacille tuberculeux, méthode de coloration, action des antiseptiques, etc., par Heiman. (*N. York med. journ.*, 12 mars.) — Etudes chimiques sur le bacille de la tuberculose aviaire, par Bouveault. (*Thèse de Paris*, 24 février.) — La tuberculose des oiseaux, par Maffucci. (*Zeit. f. Hyg.*, XI, p. 445). — Sur les effets de la tuberculose aviaire vaccinant contre la tuberculose humaine chez les singes et les chiens, par Héricourt et Richet. (*Soc. de biol.*, 23 janvier.) — Le sérum de chien dans le traitement de la tuberculose, par Héricourt. (*Arch. de méd.*, avril.) — Les vers de terre et les bacilles de la tuberculose, par Lortet et Despeignes. (*Acad. des sc.*, 25 janvier.) — Non identité de la phthisie et de la tuberculose pulmonaires, par Robert Langerhans. (*Berlin. klin. Wochens.*, 13 octobre 1891.) — Discussion sur la tuberculose et les maladies infectieuses, par J. Lindsay Steven. (*Glasgow med. journ.*, janvier.) — L'examen des crachats au point de vue des bacilles tuberculeux, par E. Czaplewski. (*Iena*, 1891.) — De la tuberculose sénile, par Howard Marsh. (*Harveian soc. of London,* 4 février.) — Tuberculose sénile, par Marsh. (*Lancet*, 16 avril.) — Lésion cardiaque et tuberculose, par Charrin. (*Soc. de biol.*, 2 avril.) — Coïncidence de la tuberculose pulmonaire et des lésions du cœur, antagonisme dans l'évolution simultanée des deux affections, par Caenens. (*Thèse de Lyon,* janvier.) — De l'évolution lente de la phtisie chez les arthritiques, par Sorel. (*Normandie méd.,* 1er février.)— Etude de la tuberculose buccale et pharyngée, en particulier de la pathogénie, par Palazzolo. (*Arch. ital. di laring.*, XII, 1.) — Tuberculose aiguë

ganglionnaire et méningée, par GIRODE. (*Soc. anat. Paris*, 26 février.) — De l'adénopathie cervicale tuberculeuse considérée surtout dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire, par COUVREUR. (*Thèse de Paris*, 10 mars.) — De la myéloméningite cervicale antérieure dans la tuberculose, par GOLDSCHEIDER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 septembre et 5 octobre 1891). — Les tuberculoses de l'épaule, par MONDAN et AUDRY. (*Rev. de chir.*, mars.) — L'établissement de sanatoria pour les tuberculeux dans le voisinage de nos grandes villes, par BOWDITCH. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 5 mars.) — L'assistance maritime des enfants. La scrofule, la tuberculose, le rachitisme et les hôpitaux marins, par LEROUX. (In-8°, 273 p., *Paris*.) — De l'antisepsie dans la préservation et le traitement de la phtisie au XVIIIe siècle, d'après Raulin, par NICAISE. (*Rev. de chir.*, janvier.) — Méthodes pratiques ou non pour prévenir la diffusion de la tuberculose, par ROOSEVELT, (*N. York acad. of med.*, 4 février.) — Les conditions de traitement dans la phtisie, par BURNEY YEO. (*Brit. med. journ.*, 16 janvier.) — De la prétendue immunité conférée par la guérison d'une tuberculose locale pour la phtisie pulmonaire, par PÉGURIER. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — De la créosote comme agent révélateur de la gravité des tuberculoses, par BURLUREAUX. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 mars.) — Des divers traitements de la tuberculose, par le gaïacol en particulier, par ANGHELOVICI. (*Thèse de Paris*, 7 janvier.) — Traitement de la tuberculose par les onctions d'iodoforme, par FLICK. (*Med. News*, 12 mars.) — Nouvelle méthode de traitement de la tuberculose chirurgicale, par Max SCHUELLER. (*Wiesbaden*.) — Polyurie dans la tuberculose, ergot à hautes doses, par BARKER. (*Med. News*, 2 janvier.) — Emploi de l'or et du manganèse dans la tuberculose, par MERRILL. (*Med. News*, 30 janvier.) — Traitement de la tuberculose par les sels de cantharide, par DEMME. (*Therap. Monast.*, mars.) — La tuberculine peut-elle être administrée dans la pratique privée, par VON RUCK. (*Med. News*, 26 mars.) — Nouvelles expériences sur les applications diagnostiques de la tuberculine chez le bœuf. (*Berlin. thieraerztl. Wochens.*, VII et *Hyg. Rundsch*, I, 1052.) — Résultats obtenus avec les injections de lymphe de Koch, par CORNAT père. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, p. 555.) — 60 cas traités par la tuberculine, par RUEDI. (*Practitioner*, mars.) — Résultats d'injections faites avec les produits de nutrition des bacilles tuberculeux, par Carl STERN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 3 août 1891.) Altérations morphologiques du sang à la suite d'injection du liquide de Koch, par N. TSCHISTOWITSCH. (*Ibid.*, 24 août 1891.) — Le remède de Koch jugé par les expériences sur les animaux, par P. M. POPOFF. (*Ibid.*, 31 août 1891.) — Ataxie aiguë à la suite d'injections de tuberculine, par B. SCHEUBE. (*Ibid.*, 7 septembre 1891.) — Traitement par la tuberculine de la tuberculose inoculée dans l'œil des lapins, par DŒNITZ. (*Ibid.*, 23 novembre.) — Revue critique des communications de Koch sur la tuberculine, par F. HUEPPE. (*Ibid.*, 9 novembre 1891.) — Les récents travaux de pathologie expérimentale sur les effets de la tuberculine, par P. BAUMGARTEN. (*Ibid.*, 14 décembre 1891.)

Typhoïde. — La recherche du bacille typhique dans l'eau, par Ch. FOOTE. (*New York med. record*, p. 506, octobre 1891.) — Le bacillus coli commun dans ses rapports avec le bacille d'Eberth et l'étiologie de la fièvre typhoïde, par VALLET. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Vues récentes sur la fièvre typhoïde et son traitement, par BOYD. (*Lancet*, 26 mars.) — Causes de la diminution de la fièvre typhoïde à Denver, par TAYLOR. (*Med. News*, 6 mars.) — Causes de la fièvre typhoïde et moyens de la prévenir, par QUIOC. (*Dijon*.) — Modifications de nos vues sur la fièvre typhoïde et son traitement, par BOYD. (*Practitioner*, février.) — Epidémie de fièvre typhoïde

causée par un cas antérieur de 12 mois, par Reid. (*Brit. med journ.*, 2 avril.) — L'épidémie de fièvre typhoïde de la garnison d'Auxonne, par Gerbault. (*Arch. de méd. milit.*, avril.) — Epidémie de fièvre typhoïde en 1891 sur les troupes de Landrecies, Maubeuge et Avesnes, par Arnould. (*Bull. Acad. méd.*, 12 janvier.) — Sur les changements anatomo-pathologiques du sang dans le typhus abdominal, d'après And. Chetagarow, par Muhlmann. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXVI, 1.) — De l'influence de la fièvre typhoïde sur le développement ultérieur de la néphrite chronique, par Girot. (*Thèse de Paris*, 13 janvier.) — Fièvre typhoïde récidivée, endocardite végétante, abcès splénique et méningite cérébrale déterminés par le bacille d'Eberth, par Vincent. (*Mercredi méd.*, 17 février.) — Épididymite typhique suppurée, rôle pyogène du bacille d'Eberth, par Girode. (*Arch. de méd.*, janvier.) — L'abaissement de la fièvre, particulièrement dans la fièvre typhoïde, étude comparée des antipyritiques et de l'eau froide, par Rabinovitch. (*New-York med. journ.*, 19 mars.) — De la conduite à tenir dans le traitement de la fièvre typhoïde infantile, par Eloy. (*Rev. gén. de clin.*, n° 1 et 2.)

Typhus. — Etude de quelques cas de typhus exanthèmatique, par Thoinot et Calmette. (*Ann. inst. Pasteur*, VI, 1.) — Epidémie de typhus exanthématique observée à l'île Tudy, par Thoinot. (*Bull. Acad., de méd.*, 19 janvier et *Ann. d'hyg.*, XXVI, p. 485.)

U

Ulcère. — Ulcère de jambes méta-typhiques, par Fournier. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 mars.) — Maladie fongoïde (pied de Madura) des mains et des pieds, par Kanthack. (*London path. soc.*, 19 janv.) — Mal perforant tabétique ; désarticulation du pied, par Goldscheider. (*Berlin. klin. Wochens.* 7 septembre 1891.)

Urémie. — Urémie, par Dupont. (*Gaz. des hôp.*, 7 janv.) — Urémie fébrile, par Gillet. (*Rev. de méd.*, fév.) — Forme rare et grave d'urémie suivie de guérison, par Aruch. (*Il pratico*, 16 déc. 1891.) — Observations d'urémie, par Guyot. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 décembre 1891.)

Urètre. — Des améliorations apportées à l'instrumentation électro-urétroscopique, par Oberlænder. (*Arch. f. Dermat.*, XXIV, 3.) — Nouvelle forme d'urétroscope électrique, par Otis. (*Journ. of cutan. dis.*, avril.) — Du cathétérisme de l'urètre, par Sumegh. (*Cent. f. ges. Therap.*, avril.) — Un nouvel urétrotome coupant d'arrière en avant, par Albarran. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, janv.) — Sur un cas de fièvre urétrale, par Achard et Hartmann. (*Soc. de biol.*, 16 janv.) — Des urétrocèles vaginales, par Ozenne. (*Bull. méd.*, 3 janv.) — Hypospadias périnéo-scrotal, par Faguet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 31 janvier.) — L'emploi du nitrate d'argent dans les inflammations urétrales, par Guitteras. (*Journ. of cutan. dis.*, avril.) — Polype de l'urètre chez l'homme, par Goldenberg. (*New York med. record*, p. 600, nov. 1891.) — Imperforation du méat urinaire, par Loumeau. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 août 1891.) — Traitement du rétrécissement de l'urètre par le procédé de Holl, par Laurie. (*Lancet* 9 avril.) —

Drainage périnéal dans le rétrécissement invétéré de la portion pénienne de l'urètre, par Moullin. (*Lancet*, 16 janv.) — Rupture partielle de l'urètre dans la portion membraneuse ; abcès urineux consécutif perforé au périnée et dans le rectum, par Weissenbach. (*Revue médic. Suisse romande*, XI, 716.) — 8 cas d'urétrotomie périnéale sans conducteur, par Michael. (*Med. News*, 20 fév.) — Suture immédiate dans les ruptures de l'urètre, par Barling. (*Birmingham med. review*, XXX, n° 160.)

Urinaires (voies). — Les faux urinaires, par Bazy. (*Gaz. des hôp.*, 22 mars. — Les faux urinaires glycosuriques, par Bazy. (*Ibid.*, 1er mars.) — De l'infection urinaire, par Hallé. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, fév.) — Quelques réflexions à propos d'un cas de fièvre urineuse à accès intermittents, par Hartmann. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, janv.) — De l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires, par Mabboux. (*Lyon méd.*, 3 avril.) — Tuberculose urinaire et tuberculose rénale au point de vue chirurgical, par Tuffier. (*Semaine méd.*, 30 mars.)

Urine. — Réaction de l'urine avec l'éther, par Smith. (*Lancet*, 20 mars.) — Sur un procédé plus parfait pour reconnaître les corpuscules de xanthine de l'urine, par G. Salomon. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXV, 3.) — Hydrogène sulfuré dans l'urine, par Kolipinski. (*Med. News*, 6 fév.) — Présence de l'uro-hémato-porphyrine dans l'urine dans la chorée et le rhumatisme articulaire, par Garrod. (*Lancet*, 9 avril.) — Quelques causes d'erreur dans la recherche du sucre dans l'urine, par Johnson. (*Brit. med. journ.*, 9 avril.) — Filtration de l'urine à travers la terre, par Wells. (*Lancet* 2 janv.) — Appareil pour doser le sucre de l'urine par la méthode de fermentation, par Edgar Gans. (*Berlin. klin. Wochens.*, 7 septembre 1891.) — De l'alcaptonurie ; caractères distinctifs de la matière alcaptonique et de la glucose dans les urines, par Garnier et Voirin. (*Arch. de phys.*, IV, 2 et *Rev. méd. de l'Est*, 1er mars.) — De la diazoréaction dans l'urine des enfants traités par la tuberculine, par Feer. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIII, 3.) — Sur les procédés de dosage de l'acide urique, par Lambling. (*Arch. de phys.*, IV, 2.) — Un cas de pneumaturie, par Lenhartz, *idem*, par Pfuhl. (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 octobre 1891.) — Sur la toxicité de l'urine dans les derniers mois de la grossesse, par Chambrelent et Demont. (*Soc. de biol.*, 13 fév.) — La réaction d'Ehrlich de l'urine dans la fièvre typhoïde, par Edwards. (*Med. News*, 2 avril.) — Études bactériologiques sur l'urine des typhiques, par Silvestrini. (*Riv. gen. ital. di clin.* 31 mars.) — Sur la toxicité urinaire dans les maladies du foie, par Surmont. (*Soc. de biol.*, 16 janv., et *Arch. gén. de méd.*, fév.)

Utérus. — Présence de fibres musculaires striées dans une paroi utérine, par Girode. (*Soc. de biol.*, 6 fév.) — Etude expérimentale sur la reproduction de la muqueuse de l'utérus et sur l'application de la pâte de Canquoin dans la cavité utérine, par Bossi. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 janv.) — Nécessité d'un diagnostic précis dans certaines affections de la matrice, par Pichevin. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 fév.) — Statistique des déchirures du col et du vagin, par Duhrssen. (*Cent. f. Gynaek.*, 27 fév.) — Dilatation rapide de l'utérus pour le diagnostic et le traitement des hémorragies, par Routh. (*London med. Soc.*, 28 mars.) — Néphrite et pyonéphrite compliquant les affections pelviennes chez la femme, par Alexander. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — Du raclage suivi d'injections de teinture d'iode dans les affections secondaires de l'utérus et de ses annexes, par A. Mackenrodt. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 octobre 1891.) — Traitement de l'endométrite, par Kaltenbach. (*Berlin. klin. Wochens.*. 12 octobre 1891.) — Du

traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus, par Le Dentu. (*Gaz. des hôp.*, 27 fév. et *Nouv. arch. d'obst.*, 25 mars.) — Bacilles dans le catarrhe cervical, par Rovinski. (*Cent. f. Gynaek.*, 30 janv.) — Etiologie mécanique de certaines salpingites, par Jacobs. (*Presse méd. belge*, 3 janv. et *Arch. de tocol.*, mars.) — Peut-on drainer les trompes? par Post. (*Med. News*, 9 janv.) — De la thérapeutique conservatrice dans la salpingo-ovarite, par Doléris. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 janv.) — Traitement chirurgical des suppurations pelviennes, par Bonnet. (*Gaz. des hôp*, 16 janv.) — Tuberculose primitive de la muqueuse utérine et des trompes, par Pozzi. (*Bullet. Soc. de Chirurgie*, XVII, p. 805.) — Hydro-salpinx, par Pépin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 février.) — Salpingite tuberculeuse, cas opérés par Elliot. (*Americ. j. of obst.*, fév.) — Hystérectomie sous-péritonéale, par Smith. (*Lancet*, 20 fév.) — Laparotomie ou hystérectomie vaginale, par Boiffin. (*Bullet. Soc. de Chirurgie,* XVII, p. 665) — Hystérectomie vaginale pour une tuberculose primitive de l'utérus et des trompes, par Pozzi. (*Bull. Soc. de Chir.*, XVII, p. 805.) — Guérison d'une hystérectomie faite sur un utérus perforé par le curetage, par Winter. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 septembre 1891.) — Un cas d'intoxication mortelle par le sublimé à la suite de perforation de l'utérus, par Gebhard. (*Ibid.*, 28 septembre 1891.) — Utérus didelphe, hématocolpos unilatéral, hématomètre, par Halter. (*Wiener med. Presse*, 10 janv.) — Utérus double, par Tannen. (*Cent. f. Gynaek.*, 23 janv.) — De l'inversion utérine, par Porak. (*Arch. de tocol.*, fév.) — Des rapports entre les déplacements de l'utérus en arrière et la stérilité et l'avortement, par Herman. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXIII, p. 499.) — Rétroflexion de l'utérus, hystéropexie, par Terrillon. (*Bull. de thérap.*, 15 mars.) — Du massage dans les rétroflexions immuables, par Stocker. (*Cent. f. Gynaek.*, 16 janv.) — Traitement chirurgical de l'utérus; des déviations en arrière et de la ligature vaginale de Schücking, par Saenger. (*Cent. f. Gynaek.*, 9 janv.) — Traitement de la rétroflexion par la laparotomie, par Chaput. (*Semaine méd.*, 6 avril.) — Sur la question du redressement spontané des rétrodéviations de l'utérus gravide, par Chrobak. (*Cent. f. Gynaek.*, 20 fév.) — Curabilité de la rétroversion et de la rétroflexion, par Chéron. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 janv.) — Opération pour fixer en arrière le col de l'utérus en rétroflexion, par Saenger. (*Berlin klin. Wochens.*, 12 octobre 1891.) — Hystérectomie totale suivie de colporrhaphie pour prolapsus compliqués de fibrome, de cancer, de pyosalpinx, etc., par Martin. (*Ibid.*, 12 oct. 1891.) — Prolapsus de l'utérus en inversion, par Jacub. (*Cent. f. Gynaek.*, 26 mars.) — Hystérectomie pour prolapsus ; mort, par Odebrecht. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 septembre 1891.) — Principes du traitement des déplacements utérins, par Banga. (*Americ. Journ. of obst.*, janv.) — Traitement chirurgical des déplacements de l'utérus en avant, par Reed. (*Ibid.*) — De la ventrofixation de l'utérus prolabé, par Engstrom. (*Ann. de gynécol.*, mars.) — Ventrofixation de l'utérus avec indication absolue, par Asch. (*Cent. f. Gynaek.*, 2 avril.) — Cas unique de polype du col, par Thompson. (*Med. News*, 27 fév.) — Les kystes dermoïdes de l'utérus, par Ahlfeld. (*Cent. f. Gynaek.*, 26 mars.) — Kystes péri-utérins d'origine inflammatoire, par Schmitt. (*Americ. journ. of obst.*, janv.) — Enorme fibro-myôme du ligament rond au niveau de son insertion dans la grande lèvre. Opération, Guérison, par Polaillon. (*Bullet. Soc. de Chirurgie*, XVII, p. 551.) — Utérus et 18 fibromes enlevés par la voie vaginale, par Routier. (*Ibid.*, XVII, p. 573.) — Hystérectomie vaginale pour fibrome utérin. De la section médiane de l'utérus comme procédé de morcellement, par Quénu. (*Ibid.*, XVII, p. 505.) — Fibro-myôme utérin sous-muqueux. Avortement vers 5 mois et demi. Ablation par morcellement. Guérison. Seconde grossesse

menée à terme, par Houzel. (*Ibid.*, XVII, p. 527.) — Tumeur fibro-cystique de la matrice, par Gross. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mars.) — Traitement de l'endométrite qui complique les tumeurs fibreuses de l'utérus, par Batuaud. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 janv.) — Fibro-myome utérin sous-péritonéal adhérent à la paroi, difficultés de diagnostic, opération pendant la grossesse, par Delbet. (*Arch. gén. de méd.*, fév.) — Tumeur fibroïde de l'utérus, par Miller. (*Med. News*, 5 mars.) — Fibrome interstitiel de l'utérus, rupture d'un sinus de la tumeur; hémorragie intra-péritonéale mortelle, par Bégonin. (*Journ. méd., Bordeaux*, 21 fév.) — Du traitement électrique des fibro-myomes utérins par la méthode Apostoli, par Chevrier. (*Nouv. arch. d'obst.*, 11.) — Traitement des fibromes utérins par la voie vaginale, par Piaseski. (*Nouv. arch. d'obst.*, 11.) — Vingt cas de myomes et d'affections utérines traités par la méthode d'Apostoli, par Parsons. (*Lancet*, 27 fév.) — De la cure saline dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, par Chéron. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 janv.) — Traitement chirurgical des myomes utérins, par Fraisse (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 janv.) — Du traitement intra-péritonéal du pédicule après la myomotomie, par Fritsch. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 septembre 1891.) — — Cancer du col utérin, par Richelot. (*Bullet. Soc. de Chirurgie*, XVII, p. 736.) — Le sarcome en grappe du col utérin, par Pfannenstiel. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 octobre 1891.) — Cancer bi-latéral des trompes de Fallope, par Westermark et Quensel. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIII, 2.) — Traitement du cancer utérin à la fin de la grossesse, par Moeller. (*Cent. f. Gynaek.*, 13 fév.) — Recherches sur le traitement palliatif du cancer utérin par l'alcool, par Schultz. (*Cent. f. Gynaek.*, 2 avril.) — De la valeur des opérations partielles dans le traitement du cancer du col, par E. Monod. (*Ann. policlin. Bordeaux*, oct. 1891 et *Arch. de tocol.*, fév.) — Résultats du traitement du cancer et du sarcome utérin par l'hystérectomie vaginale totale, par Krukenberg. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIII, 1.) — Amputation de la portion vaginale du col dans les cas de cancer suspect, par Currier. (*N. York med. journ.*, 12 mars.) — Hystérectomie vaginale pour début d'épithéliome endométrique, par Petit. (*Nouv. arch. d'obst.*, II, 1891.) — Kolpohystérectomie pour cancer de l'utérus, par Lloyd. (*Brit. med. j.* 2 janv.) — Seize cas d'hystérectomie sus-vaginale pour cancer, par Braithwaite. (*Brit. med. j.*, 13 fév.) — Hystérectomie vaginale pour cancer du col au début de la grossesse, par Berry Hart. (*Edinb. med. journ.*, fév.) — Sur la valeur thérapeutique de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer utérin, par Marchand. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 66.) — Ablation d'un utérus cancéreux par l'hystérectomie vaginale et abdominale, par Cushing. (*Boston. med. Journal*, janvier, p. 85.) — Rupture de l'utérus, étiologie, par Schmaus. (*Cent. f. Gynaek.*, 16 janv.)

V

Vaccin. — De la vaccination et de la bactériothérapie, par Pott. (*Therap., Monats*, janvier.) — Bactériologie de la lymphe vaccinale, par Copeman. (*Epidemiol. soc.*, 17 mars.) — Un cas de cowpox accidentel, par Sympson. (*Brit. med. Journ.*, 16 janvier.) — A quelle époque de la vie faut-il pratiquer la revaccination obligatoire. Cicatrices vaccinales. Variole antérieure, par Hervieux. (*Bull. acad. méd.*, 2 février.) — Note sur la revaccination du personnel de la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée, par

Saint-Yves Ménard. (*Rev. d'hyg.*, XIII, 957.) — De la vaccine généralisée, par Jeanselme. (*Gaz. des hôp.*, 5 mars.) — Sur les prétendues vaccinations par le sang, par Bouchard. (*Rev. de méd.*, janvier.) — De l'immunité naturelle et artificielle, par Hans Buchner. (*Hygienische Rundschau*, I, p. 653.) — Considérations sur la théorie de l'immunité acquise contre les maladies infectieuses, proposée par A. Szama. (*Centralbl. f. allg. Path.*, 24 octobre 1891.)

Vagin. — Sur la morphologie et l'évolution de l'épithélium du vagin des mammifères, par Retterer. (*Soc. de biol.*, 26 mars.) — De la structure de l'épithélium vaginal de la lapine et des modifications qu'il subit pendant la gestation, par Salvioli. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 1.) — Du vaginisme, par Carrière. (*Thèse de Montpellier.*) — Des abcès de la glande vulvo-vaginale, par Alary. (*Thèse de Paris*, 30 mars.) — Kyste du vagin compliquant l'accouchement, par Puech. (*Montpellier méd.*, 9 janvier et *Arch. de tocol.*, mars.) — Du cancer primitif de la cloison recto-vaginale et de son ablation, par Forterre. (*Thèse de Paris*, 27 janvier.)

Vaisseau. — Expériences sur les réflexes vasculaires, par Ranvier. (*Acad. des sc.*, 21 mars.) — Plaie des vaisseaux fémoraux par couteau de boucher; gangrène consécutive du pied, par Kroenlein. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 août 1891.)

Varice. — Du varicocèle pelvien, par Rousseau. (*Thèse de Paris*, 16 mars.)

Variole. — De la transmission de la variole à Paris en 1891, par Regimbeau. (*Thèse de Paris*, 13 janvier.) — Durée d'incubation de la variole, par Schnell. (*Marseille médical*, 1, p. 11.) — Variole, varioloïde et varicelle, par Biedert. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIII, 4.) — De la dégénérescence de l'épiderme dans les efflorescences varioliformes, par Buri. (*Berlin. klin. Wochens.*, 9 novembre 1891.) — Un cas de sclérose en plaques dans la convalescence de la variole, par Dujardin-Beaumetz. (*Gaz. des hôp.*, 12 avril.) — Pulvérisations, badigeonnages et bains de sublimé dans le traitement des varioleux soignés à l'hôpital d'Aubervilliers, par Emerit. (*Thèse de Paris*, 18 février.)

Veine. — Anomalies des veines jugulaires antérieure et externe du côté droit, par Mauclaire. (*Soc. anat. Paris*, mars, p. 182.) — Comment il faut comprendre le système des veines jugulaires antérieures, par Sebileau et Demoulin. (*Soc. anat. Paris*, 26 février.)

Vessie. — Différence dans les fonctions exercées sur la vessie par les nerfs afférents du plexus hypogastrique, par Lannegrace. (*Acad. des sc.*, 28 mars.) — Recherches anatomiques et expérimentales sur la vessie et l'urètre, par Delbet. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, mars.) — De la pathologie du muscle vésical, par Bohdanowicz. (*Thèse de Paris*, 11 février.) — Résistance de la vessie à l'infection, par Guyon. (*Mercredi méd.*, 13 avril.) — Des cystites expérimentales par injection intra-veineuse de culture de coli bacille par Bazy. (*Soc. de biol.*, 12 mars.) — Le traitement médical de la cystite par Tyson. (*Practitioner*, février.) — Emploi de l'acide salicylique dans certaines formes de cystite, par Bryson. (*Journ. of cutan. dis.*, février.) — Traitement des cystites par le sublimé, par Guyon. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, janvier, et *Bull. méd.*, 20 janvier.) — De la tuberculose vésicale; valeur de la taille suspubienne pour son traitement, par Pilcher. (*N. York med. journ.*, 5 mars.) — Tuberculose vésicale prise pour une tumeur de la vessie, taille hypogastrique et cautérisation d'une partie des granula-

tions tuberculeuses, amélioration, par MALHERBE. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mars.) — Contribution à l'étude de la formation des calculs vésicaux, par J. PROCHNOV. (*Wien. med. Wochenschr.*, 5, p. 180.) — A propos de trois calculs vésicaux, par H. PICARD. (*France méd.*, 4 ; p. 53.) — Calculs vésicaux, par THIERSCH (étui à aiguilles, noyau de parafine) *Idem.*, par VON BRAMANN (épingles à cheveux). (*Berlin. klin. Wochens.*, 5 octobre 1891.) — Les progrès de la cystoscopie dans ces trois dernières années, par MEYER. (*N. York med. journ.*, 30 janvier.) — Les tumeurs de la vessie, par ALBARRAN. (In-8° 494 p., *Paris.*) — Taille hypogastrique pour tumeur vésicale avec fermeture complète de la plaie sans aucun drainage ni cathétérisme, par TUFFIER. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, janvier.) — Taille hypogastrique avec inversion dans un cas de tumeurs multiples et volumineuses de la vessie chez un sujet épuisé par l'hématurie, par GUYON. (*Ibid.*, février.) — Taille hypogastrique pour kyste dermoïde des parois vésicales, par REHN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 septembre 1891.) — Laparotomie pour papillome vésical, par VON BRAMANN. (*Ibid.*, 5 octobre 1891.) — 2 cas de rupture de la vessie, par LLOYD. (*Lancet*, 6 février). — Sonde dans la vessie d'un prostatique, par COIGNET. (*Lyon méd.*, 17 janvier.) — Lithotriteurs, par HORTELOUP. (*Bull. soc. de chirurgie*, XVII, p. 573.) — Quelques cas uniques de chirurgie vésicale, par DENNIS. (*N. York med. journ.*, 28 novembre.) — Drainage périnéal dans la taille sus-pubienne, par HERBERT. (*Brit. med. journ.*, 2 avril.)

Vin. — Rapport sur le déplâtrage des vins, par DUCLAUX. (*Acad. des sc.*, 25 janvier.)

Vitiligo. — Vitiligo développé à la suite d'injections de lymphe de Koch, par DU CASTEL. (*Soc. franç. de dermat.*, 11 février.)

X

Xéroderme. — Xéroderma pigmentosum, 13e cas américain, 2 cas dans la même famille, par BRAYDON. (*Journ. of cutan. dis.*, avril.) — Histologie du xéroderma, par POLLITZER. (*Ibid.*)

Z

Zona. — Sur l'adénopathie zostérienne, par BARTHÉLEMY. (*Soc. franç. de dermat.*, 28 janvier.)

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Sur l'origine et le cours des pédoncules cérébelleux et sur leurs rapports avec les autres centres nerveux, par V. MARCHI (*Archives italiennes de biologie, XVII, p.* 190, *et Atti dell' Accad. di Scienze fisiche et naturali del R. Instituto di Firenze, XVII,* 3, *p.* 357).

1° Les pédoncules cérébelleux supérieurs ne se croisent pas complètement, mais un petit faisceau de leurs fibres va se terminer aux couches optiques, tandis que le faisceau principal se termine au noyau rouge de Stilling du côté opposé. Ces pédoncules n'envoient de fibres ni aux portions optiques, ni au ruban de Reil, comme on l'a supposé jusqu'ici ;

2° Les pédoncules cérébelleux moyens ne représentent pas simplement des fibres commissurales qui mettent un hémisphère cérébral en rapport avec l'autre. Les fibres qui les constituent, avant d'atteindre le sillon médian de la protubérance annulaire, pénètrent entre les faisceaux pyramidaux, les croisent, pour se mettre ensuite en rapport avec la substance grise du même côté. D'autres fibres de ces pédoncules, en petite quantité, passent en avant des pyramides et vont à la substance grise, du côté opposé.

3° Les pédoncules cérébelleux inférieurs envoient un faisceau de fibres à l'olive du côté opposé ; ils constituent les fibres arciformes et le faisceau cérébelleux direct de Flechsig. Celui-ci comprend, selon toute probabilité, aussi bien des fibres afférentes que des fibres efférentes ; ces dernières dégénérant à la suite des lésions du cervelet chez les chiens et chez les singes ;

4° Le faisceau longitudinal postérieur et le ruban de Reil naissent du cervelet et spécialement du lobe moyen. Ils marchent avec les pédoncules cérébelleux moyens. Le faisceau longitudinal se met en rapport avec les noyaux des nerfs craniens : le ruban de Reil avec la substance grise du pont de Varole, avec les éminences bi-géminées, et probablement avec le corps strié par un faisceau de fibres qui courent vers le

haut avec les faisceaux pyramidaux. Enfin, au niveau des olives, le faisceau longitudinal s'unit au ruban de Reil, et, ensemble, ils vont pénétrer dans les cordons antéro-latéraux, lesquels sont en rapport avec les cornes antérieures de la moelle ;

5° L'hypothèse de quelques anatomistes, que les nerfs craniens sont en rapport avec le cervelet, se trouve confirmée ; ces relations s'effectuent au moyen du faisceau longitudinal supérieur et du ruban de Reil ;

6° Les trois pédoncules cérébelleux tirent leur origine de toute l'écorce cérébelleuse avec cette différence que le noyau dentelé fournit une plus grande quantité de fibres aux pédoncules supérieurs, et le vermis aux pédoncules moyens.

L'auteur conteste les résultats consignés dans la thèse de Brosset sur les connexions du cervelet. DASTRE.

Die Endigungsweise der sensiblen Nerven im Gehirn (Le mode de terminaison des nerfs sensitifs dans le cerveau), par Hans HELD (*Arch. f. Anat. u. Physiol., Anat. Abth. Heft* 1 *et* 2, *p.* 33, 1892).

A la suite de Ramon y Cajal, Kölliker, etc., qui ont montré la manière dont les racines postérieures de la moelle se terminent, et partant de ce fait, établi par les recherches de His, que les ganglions céphaliques sont les centres des nerfs craniens sensitifs, comme les ganglions spinaux sont les centres des nerfs spinaux sensitifs, l'auteur s'est proposé de voir comment se comportent à leur terminaison ces nerfs craniens. Il étudie successivement.

1° La racine sensible commune du vague et du glosso-pharyngien. Son noyau terminal est l'aile grise. Le *tractus solitarius* a la même signification que la branche descendante d'une racine spinale postérieure.

2° Le nerf cochléaire. Ses fibres radiculaires se terminent dans le noyau acoustique antérieur (tubercule acoustique) et aussi sans doute plus loin dans d'autres noyaux (olive supérieure, noyau de Reil, tubercule quadrijumeau postérieur).

3° Le nerf vestibulaire se divise à son arrivée au côté dorsal du corps restiforme en une branche ascendante et en une branche descendante. Leurs ramifications terminales se distribuent au noyau acoustique postérieur, au noyau vestibulaire et au noyau de Deiters. Dans tout son trajet la branche ascendante fournit des collatérales.

4° Le nerf trijumeau (portion sensitive) se partage également en deux racines ascendante et descendante. Celle-ci se termine dans le noyau sensitif du trijumeau. La branche ascendante émet de nombreuses collatérales qui se rendent à la substance gélatineuse.

Ces résultats confirment ceux auxquels Kölliker était arrivé. A. NICOLAS.

Contributo allo studio dei rapporti fra lo sviluppo degli arti e quello dei centri nervosi (Contribution à l'étude des rapports qui existent entre le développement des membres et celui des centres nerveux), par G. SPERINO (*Giornale della Acc. di medicina di Torino*, 1892).

Après avoir indiqué par un historique résumé les diverses opinions relatives au mécanisme des arrêts de développement, Sperino rapporte une observation d'arrêt de développement du membre supérieur gauche

chez un embryon d'oiseau de 8 millimètres. Les centres nerveux étaient parfaitement intacts. On ne pouvait donc pas dire que l'atrophie du membre était consécutive à l'arrêt de développement de la région correspondante des centres nerveux. A. NICOLAS.

Ursprung, Verlauf und Endigung der sensibeln Nervenfasern bei Lumbricus (Origine, trajet et terminaison des nerfs sensitifs chez le lombric), par M. von LENHOSSÉK (*Arch. f. mik. Anat., XXXIX*, 1, *p.* 102).

La méthode rapide de Golgi que personne n'avait encore appliquée à l'étude du système nerveux des invertébrés, a donné à Lenhossék des résultats remarquables et d'un intérêt général considérable. Chez le lombric les cellules nerveuses sensitives, c'est-à-dire les éléments qui correspondent aux cellules des ganglions spinaux des vertébrés et constituent l'origine des nerfs sensitifs périphériques, ne se trouvent ni dans la chaîne ganglionnaire ni dans des ganglions spéciaux. On ne les rencontre que dans l'épiderme à la composition duquel elles prennent une part importante. Les nerfs sensibles ont donc leur origine dans le tégument externe. De là, ils se rendent à la chaîne ganglionnaire et s'enfoncent dans le chevelu dentritique formé par les prolongements protoplasmiques des cellules motrices. A leur entrée dans la chaîne *les fibres sensitives se comportent de la même façon que les fibres des racines postérieures chez les vertébrés*, c'est-à-dire qu'elles se bifurquent en Y, fournissant une branche ascendante et une branche descendante, toutes deux longitudinales. Ces deux branches après un certain trajet se terminent en pointe, mais contrairement à ce qui existe chez les vertébrés elles ne fournissent pas de collatérales. Chaque fibre sensitive correspond par son trajet central à trois segments de la chaîne ganglionnaire ou plutôt à trois demi-segments, car ses branches de bifurcation ne traversent jamais le plan médian.

Dans un paragraphe de considérations générales l'auteur rappelant les diverses phases de la différenciation du système nerveux sensitif, depuis les métazoaires les plus inférieurs jusqu'aux vertébrés les plus élevés, montre que les dispositions réalisées chez le lombric constituent un stade tout à fait primitif. Chez les mammifères il n'existe plus que deux régions au niveau desquelles elles persistent encore, ce sont : les papilles gustatives et la muqueuse olfactive. Là en effet se trouvent à la surface du tégument des cellules sensitives munies d'un prolongement cylindraxil central. Lenhossék termine en comparant les faits qu'il a découverts avec ceux qui ont été observé dans la moelle chez les vertébrés. La courte analyse qu'on vient de lire suffit à montrer qu'à part quelques détails d'importance secondaire la similitude est presque complète. A. NICOLAS.

Les cellules nerveuses du sympathique chez quelques mammifères et chez l'homme, par A. van GEHUCHTEN (*La Cellule, VIII*, 1, 1892).

Après Kœlliker et Ramon y Cajal, van Gehuchten applique aux ganglions du sympathique la méthode rapide de Golgi et arrive aux conclusions suivantes. Les éléments nerveux du sympathique sont comparables en tous points aux éléments du système nerveux cérébro-spinal.

Comme ceux-ci ils sont pourvus de deux espèces de prolongements : des prolongements courts, protoplasmatiques ou à conduction probablement cellulipète, et un seul prolongement long, cylindraxil, à conduction cellulifuge, se continuant avec une fibre nerveuse.

Les prolongements protoplasmatiques existent en nombre variable. Le plus souvent ils présentent une ou deux bifurcations avant de se terminer entre les cellules voisines. Quelquefois cependant ils restent indivis. Ils se terminent toujours librement. La disposition en *nid péricellulaire* est accidentelle et n'a pas l'importance que Ramon y Cajal est tenté de lui attribuer. A. NICOLAS.

Recherches sur les terminaisons nerveuses dans la muqueuse de la trachée, par A. BENEDICENTI (*Archives italiennes de biologie*, *XVII*, *p.* 46).

L'auteur rappelle les travaux de Naumann (1851), de Lindemann, de Verson, de Luschka, de Simanowski et de Fessler, relativement aux terminaisons dans le larynx et les bronches. Lui-même dirige ses recherches sur la trachée. Les fibres, après avoir perdu leur myéline, forment trois réseaux superposés. Les mailles du réseau profond et du réseau moyen entourent l'ouverture des glandes muqueuses et suivent les vaisseaux, formant un réseau nerveux périvasculaire. Le réseau superficiel est formé de cylindraxes, disposés en spirale autour des orifices glandulaires. A leur extrémité l'on trouve des éléments volumineux, transparents à noyau visible et superficiel. Les terminaisons nerveuses dans les fibres musculaires lisses de la trachée sont mises en évidence par le chlorure d'or : elles se divisent en deux rameaux, ascendant et descendant, qui donnent ensuite une arborisation caractéristique. DASTRE.

Nouvelles recherches sur la production des éléments colorés du sang, par Pio FOA (*Arch. ital. de biol.*, *XVII*, *p.* 1, 1892, *et Festschrift Rudolf Wirchow*, *Berlin*, 1891).

L'auteur résume ainsi ses observations sur le sujet : les globules rouges circulants ne représentent pas, chez tous les animaux, une unité histologique, mais ils sont constitués par des espèces différentes de cellules. Elles sont différentes par leurs propriétés chimiques, par leur origine différente, par leur mode différent de multiplication. Les globules se forment aux dépens des *Erythroblastes* et se multiplient par karyokinèse; les autres se forment par des éléments spéciaux *karyoblastes,* sortis du noyau à l'état de nucléoles, plasmosomes, et transformés en cellules parfaites. Une troisième catégorie est constituée par des éléments à gros noyau nucléolé et fortement cyanophile, se développant par gemmation multiple, *Blastoblastes* ou globules rouges à noyau à gemmation. C'est à cette dernière catégorie qu'appartiennent probablement les noyaux de la première phase embryonnaire du lapin. La plus grande variété de globules rouges se trouve chez les cobayes et chez les oiseaux.

DASTRE.

Die physiologische Bedeutung des Zellkernes (Signification physiologique du noyau cellulaire), par M. WERWORN (*Archiv für die gesammte Physiologie*, *LI*, *p.* 1, 1891).

Mémoire très étendu, où se trouvent des renseignements bibliogra-

phiques nombreux sur la morphologie et la physiologie de la cellule. L'auteur l'étudie particulièrement chez les protozoaires (radiolaires et foraminifères). Il sépare, au moyen de la lancette, la partie protoplasmique d'avec le noyau, opération réalisable chez certains radiolaires. La partie sans noyau prend la forme de l'animal complet, émet des pseudopodes, absorbe des particules alimentaires sans pouvoir les digérer, et finit par dégénérer. On peut empêcher cette dégénération en remettant ce protoplasme en contact avec une partie nucléée. Aucun des deux fragments ne peut d'une manière durable conserver sa vitalité. Le rôle du noyau est cependant infiniment plus important. Il y a entre le noyau et le protoplasma des relations d'échange. L'auteur passe en revue les actions cellulaires, nutrition, respiration, sécrétion, développement, et essaye d'y faire la part des deux éléments de la cellule. Il insiste sur ce que le noyau n'est pas le seul support de la transmission héréditaire comme on l'a dit à tort. Il étudie aussi la production d'énergie traduite par le mouvement : il y distingue deux phases : l'expansion, la contraction. L'expansion serait due à l'oxygènotropisme positif du protoplasma : saturé d'oxygène il perd cette faculté. La contraction serait due à un chémiotropisme déterminé par des substances que fabrique le noyau. DASTRE.

Die Protoplasmafaserung der Epithelzelle (La fibrillation du protoplasme des cellules épithéliales), par E. KROMAYER (*Arch. f. mik. Anat.*, *XXXIX*, 1, *p*. 141).

Kromayer applique à l'étude du revêtement épidermique la méthode de coloration de la fibrine de Weigert (violet de méthyle 6 B en solution dans l'eau anilinée; solution d'iode iodurée ; décoloration par un mélange d'aniline et de xylol; pour le détail voir l'original) et réussit par ce procédé à montrer que le corps cellulaire des éléments épithéliaux est décomposable en fibrilles, lesquelles unissent entre elles d'une part des cellules voisines ou même des cellules éloignées l'une de l'autre, et d'autre part l'épiderme au derme. Il cite quelques exemples d'épiderme à l'état pathologique et signale les transformations curieuses qu'il a pu observer. Des figures démonstratives accompagnent ce travail et permettent de penser que cette méthode expérimentée d'une façon systématique pourra conduire à des résultats instructifs. A. NICOLAS.

Intorno ad una anomalia di sviluppo dell' uovo umano (Sur une anomalie de développement de l'œuf humain), par G. VALENTI (*Atti dell' Accad. medico-chirurgica di Perugia*, *IV*, 2, 1892).

Il s'agit d'un œuf expulsé à la fin du deuxième mois de la grossesse et qui, au lieu d'un embryon, renfermait une vésicule retenue à la paroi de l'œuf par un pédicule court et étroit. Une étude histologique minutieuse permit de constater à une petite distance du pédicule sur la face interne de la paroi de la vésicule deux amas de cellules d'apparence épithéliale qui peut-être représentent des vestiges de l'embryon.

Des cas de vésicules situées dans la cavité ovulaire ont déjà été décrits, mais interprétés de diverses manières; Valenti paraît disposé à se rallier à l'opinion de Giacomini qui les considère comme des productions du chorion indépendantes des éléments de l'embryon. A. NICOLAS.

Beiträge zur Kenntniss der normalen und pathologischen Anatomie der Glandula Carotica und der Nebennieren (Contribution à l'étude de l'anatomie normale et pathologique de la glande inter-carotidienne et des capsules surrénales), par F. MARCHAND (*Virchow's Festschrift, Band I, p.* 537).

Chez l'homme la glande intercarotidienne est essentiellement constituée par des pelotons vasculaires agencés en lobules. Entre ces vaisseaux sont logés de nombreux éléments les uns à l'aspect épithélial, les autres anostomosés entre eux, cellules vaso-formatives ou cellules d'engraissement (Mastzellen). C'est à ces éléments que l'organe doit son caractère embryonnaire. L'auteur poursuit leur développement en amas cellulaires plus importants vascularisés. Chez le fœtus humain, dans la deuxième moitié de la grossesse, les vaisseaux sont déjà nombreux. La glande semble dériver d'une fente branchiale. A. NICOLAS.

Ueber die Fettgranula in der Leber von « Rana esculenta » (Les « granula » graisseux dans le foie de « Rana esculenta »), par STARKE (*Arch. f. Anat. u. Physiol., Anat. Abth., p.* 136, 1891).

Les granula, dont il est question ici, sont ceux qu'Altmann et ses élèves ont décrits dans les divers processus de formation de la graisse. L'auteur montre que les grains graisseux annulaires colorés en noir par l'acide osmique résultent, dans le foie de la grenouille, de l'action de l'alcool. On ne les voit que quand la pièce a été traitée par ce réactif après fixation par l'acide osmique. A. NICOLAS.

Contributo alla conoscenza del nucleo cellulare nella glandole della pelle degli Anfibii (Contribution à la connaissance du noyau cellulaire dans les glandes de la peau des amphibiens), par L. TORALBO (*Intern. Monastsschrift f. Anat. und Physiol., IX*, 3, 1892).

Les noyaux cellulaires dans les glandes de la peau des amphibiens sont tous indistinctement, à un moment donné, le siège de phénomènes de dégénérescence qui aboutissent à leur destruction complète. Les transformations qu'ils subissent ne peuvent par suite être considérées comme correspondant à des phases de l'activité fonctionnelle. Le mode de dégénérescence est le même que celui décrit par Flemming sous le nom de dégénérescence chromatolytique. Les cellules ainsi détruites sont remplacées par d'autres sans qu'on puisse dire au juste de quelle façon. A. NICOLAS.

Beobachtungen über die vierte Halbmondklappe in der Arteria pulmonalis (Observations de valvules semi-lunaires quadruples dans l'artère pulmonaire), par S. DELITZIN (*Arch. f. Anat. u. Physiol., Anat. Abth.* 1892, *Heft* 1 *et* 2, *p.* 167).

Description de quatre cas de valvule semi-lunaire surnuméraire à l'orifice de l'artère pulmonaire. Chaque fois la valvule surnuméraire était plus petite que les autres, mais nullement rudimentaire, elle avait au moins le volume d'un gros pois. Chaque fois aussi elle était sur le même plan que ses voisines. D... indique sa situation : dans le premier cas, entre la valvule postérieure et la droite; dans le deuxième cas, entre la

postérieure et la gauche; dans le troisième cas, entre la droite et la gauche. Enfin, dans la quatrième observation, la situation est la même que dans la première. A. NICOLAS.

Ueber Entwickelung, Bau u. pathol. Veränderungen des Hornhautgewebes (Sur le développement, la structure et les altérations pathologiques du tissu de la cornée), par Al. KRUSE (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., CXXVIII*, 2).

La cornée des mammifères et de l'homme en particulier est formée à l'origine de cellules. Chez l'embryon humain du 3e mois, le tissu a l'aspect d'un sarcome dont la plupart des éléments sont fusiformes. Le protoplasma de chacun de ces éléments se continue insensiblement avec un prolongement fibrillaire se colorant moins énergiquement. Au 4e mois, les fibres se sont disposées en lamelles, dans lesquelles on aperçoit des restes de corps cellulaire et de noyau; de plus, on voit à leur surface des cellules dont le protoplasma se transforme en fibres, qui s'accolent et s'ajoutent aux lamelles déjà formées. Au 6e mois, le tissu cornéen montre un réseau de cellules anastomosées; les branches du réseau sont renflées en divers points, dans lesquels on voit encore un rudiment de corps cellulaire et un noyau. En outre, on constate à la surface des fibres la présence de cellules, qui sont accolées aux fibres et qui forment la paroi des canaux du suc. Plus tard, on voit ces cellules superficielles passer à l'état de cellules dormantes.

Outre les cellules fixes du tissu cornéen, dont les prolongements forment le réseau anastomotique, on trouve donc chez l'adulte des cellules dormantes se présentant sous trois aspects différents : 1° des cellules qui sont situées dans les prolongements des cellules fixes et qui sont contenues dans les canaux du suc; 2° des cellules qui forment la paroi de ces canaux; 3° des cellules dont le protoplasma s'est transformé en fibres.

Sous l'influence de l'irritation expérimentale ou pathologique, ces cellules dormantes subissent des modifications nutritives telles qu'elles reviennent à l'état cellulaire. A cet effet, on voit le noyau grandir et se charger de chromatine pendant que le corps cellulaire augmente et acquiert beaucoup de protoplasma. Les cellules fixes présentent les mêmes phénomènes. Enfin, les fibres elles-mêmes disparaissent et les rudiments cellulaires, qui y sont contenus, se transforment en cellules pourvues de beaucoup de protoplasma. Il se forme ainsi un tissu jeune, riche en éléments cellulaires. Si le processus irritatif cesse et que la plaie guérisse, les cellules nouvelles se transforment les unes en fibres, les autres limitent les canaux du suc, et elles passent, après guérison, à l'état de cellules dormantes. ÉD. RETTERER.

Forami mentonieri nell' uomo ed in altri mammiferi, par Dante BERTELLI (*Monitore zoologico italiano, anno III*, 1892).

Chez l'homme le trou mentonnier peut être double. Il existe quatre variétés de cet état, décrites et figurées par Bertelli. Il peut être aussi triple (1 fois sur cent mandibules). L'auteur étudie et signale en outre quelques variétés qu'il a rencontrées sur des mâchoires exotiques (diverses races américaines).

Passant ensuite aux mammifères, Bertelli montre le trou mentonnier double et même triple chez les Monotrèmes; double, triple ou multiple chez les Edentés; multiple chez les Cétacés, Artiodactyles, Carnivores, quelques Primates. Il y a cependant des cas particuliers qui sont notés.

De ces recherches il résulte que les dispositions variables du trou mentonnier décrites chez l'homme peuvent être considérées comme des variétés régressives. A. NICOLAS.

Beiträge zur Kenntniss des menschlichen Extremitätenskelets. Zweite Abtheilung IV. Die Sesambeine des menschlichen Körpers (Contribution à l'étude du squelette des extrémités chez l'homme. 2e partie : IV. Les os sésamoïdes du corps humain), par PFITZNER (*Morphologische Arbeiten herausgegeben von G. Schwalbe, Band I, Heft* 4, *p.* 517-762).

Cet important mémoire, riche en documents originaux et en renseignements historiques, ne se prête pas à une analyse résumée. Nous n'indiquerons que les conclusions générales qui sont les suivantes :

Les os sésamoïdes sont des pièces squelettiques vraies, précédées d'une ébauche cartilagineuse. Ils naissent d'après les mêmes lois que celles qui président au développement des autres parties du squelette, et nullement sous des influences apparaissant au cours de la vie de l'individu. Leur développement ultérieur ne dépend pas non plus de conditions extérieures, mécaniques ou autres.

Les variations auxquelles ils sont soumis sont imputables à des causes d'ordre anthropologique, sans qu'il soit jusqu'ici possible d'établir avec certitude leurs relations en particulier avec d'autres caractères anthropologiques. A. NICOLAS.

Ueber die eosinophilen Zellen des Kaninchenknochenmarkes (Sur les cellules éosinophiles de la moelle des os du lapin), par J. von SCARPATETTI (*Arch. f. mik. Anat.*, *XXXVIII*, 4, *p.* 613).

S. cherche au moyen de diverses réactions microchimiques à déterminer la nature de la substance des grains éosinophiles (substance α d'Ehrlich). Ces expériences ne permettent pas une conclusion ferme, n'autorisent pas en particulier à affirmer que les éléments qui les produisent sont des sortes de glandes uni-cellulaires formatrices de globuline (ainsi que Löwit a cherché à le démontrer pour les cellules du sang de l'écrevisse). Toutefois il est certain que les analogies entre les cellules médullaires éosinophiles et les cellules à grains éosinophiles du sang de l'écrevisse sont considérables. A. NICOLAS.

Contribution à la morphologie du thymus, par F. CAPOBIANCO (*Archives italiennes de biologie, XVII, p.* 55, 1892, *et Giornale dell' Assoc. Napol. dei medici e naturalisti, II*).

Les corpuscules concentriques sont formés d'éléments épithéliaux et d'éléments lymphoïdes, et les phases successives que l'on y observe se rattachent soit à la métamorphose régressive des éléments épithéliaux, d'où provient originairement l'organe, soit à la métamorphose des corpuscules lymphoïdes immigrés. Par cette migration, les éléments lymphoïdes se réunissent au centre, les éléments épithéliaux se déposant à

la périphérie ; ou bien ils s'accumulent à côté de ceux-ci. Ces formations sont au maximum dans les premiers stades ; elles diminuent à mesure que l'organe se développe. Elles abondent vers l'extrémité cervicale : sont rares vers l'extrémité cardiaque.

La dégénérescence graisseuse siège dans le tissu conjonctif de l'organe et dans le tissu périvasculaire. Le canal central n'existe pas. Il y a seulement des vaisseaux centraux qui ont pu en imposer à cet égard. Les kystes ciliés de Remak sont manifestes chez les chats, contrairement à ce que prétend Walney. BASTRE.

The pectineus muscle and its nerve-supply, par A. M. PATERSON (*Journal of Anatomy and Physiology, XXVI*, 1, *p.* 43).

Le pectiné est le plus souvent innervé pas deux nerfs morphologiquement différents, le nerf crural et l'obturateur, parfois aussi par un troisième, le nerf obturateur accessoire. Ses anomalies sont rares ; cependant il est quelquefois formé de deux couches incomplètement distinctes: l'externe innervée par le crural et regardée comme l'homologue du pectiné de l'homme; l'interne par l'obturateur. Chez le cheval le pectiné est dédoublé dans toute son étendue. Ces dispositions indiquent assez qu'originellement ce muscle est double. A. NICOLAS.

Les anomalies musculaires considérées au point de vue de la ligature des artères, par L. TESTUT (*grand in-4°*, 50 *pages*, 12 *planches*, *Paris*, 1892).

« Les anomalies musculaires, quelle que soit leur valeur au point de vue de la morphologie générale, sont totalement dépourvues d'intérêt quand on les considère à un point de vue purement pratique, au point de la ligature des artères en particulier. Mais il en est plusieurs cependant qui, en modifiant anatomiquement le champ opératoire, peuvent singulièrement gêner l'opérateur. De ce nombre sont tous les faisceaux surnuméraires qui s'étalent au devant d'une artère et sont assez volumineux pour la recouvrir dans une bonne partie de son trajet. »

L'auteur étudie parmi les grosses artères, celles qui sont susceptibles d'être recouvertes et masquées par des formations musculaires nouvelles : l'humérale, dans toute son étendue; l'axillaire ; la sous-clavière; la mammaire interne; la poplitée; la tibiale postérieure, et la péronière.

Nous ne pouvons donner ici analyse de ce mémoire tout de description anatomique :

Nous dirons seulement que ce travail, dont on peut louer sans réserve l'érudition et la clarté, comble une lacune assez sérieuse, car les traités de médecine opératoire sont complètement muets en ce qui concerne les variations des muscles.

Un atlas de 41 figures très démonstratives, la plupart originales, accompagne ce mémoire. MAUBRAC.

Die Entwickelung und Structur der Nebennieren bei den Vögeln (Développement et structure des capsules surrénales chez les oiseaux), par Hans RABL (*Arch. f. mik. Anat., XXXVIII*, 4, *p.* 492).

Chez les oiseaux (poulet) l'ébauche initiale de la capsule surrénale dérive des canalicules de la région distale du pronéphros, de l'épithélium

du cœlome par conséquent et n'a que des rapports de contiguïté soit avec les glomérules de Malpighi du corps de Wolff, soit avec l'épithélium germinatif. Elle apparaît au commencement du quatrième jour de l'incubation et se trouve complètement séparée de la glande génitale dans le cours du sixième ou du septième jour. A ce stade, la capsule surrénale est formée de cordons cellulaires séparés par des tractus conjonctifs vascularisés. La substance médullaire n'existe pas encore.

Les cellules de la substance médullaire sont des cellules nerveuses issues de la chaîne sympathique et ayant gardé des caractères embryonnaires : leur noyau n'acquiert pas la configuration qui caractérise ceux des éléments ganglionnaires, et leur protoplasma n'émet pas de prolongements nerveux.

Relativement à la structure de la capsule surrénale adulte, l'auteur fait remarquer d'abord que chez l'oiseau les expressions de substance médullaire et de substance corticale ne sont pas justifiées, car ces deux substances se pénètrent réciproquement dans toute l'épaisseur de l'organe, la corticale se présentant sous l'aspect de cordons pleins (cordons principaux) entre lesquels sont logés les éléments médullaires. Il décrit ensuite les cellules des cordons principaux, puis celles des cordons intermédiaires montrant des formes de passage entre ces dernières et de véritables éléments ganglionnaires situés principalement à la périphérie de la capsule, rarement dans son intérieur même. A. NICOLAS.

De la structure de l'épithélium vaginal de la lapine et des modifications qu'il subit pendant la gestation, par J. SALVIOLI (*Archives italiennes de biologie, XVII, p.* 35, 1892, *et Atti d. R. Accad. d. Scienze di Torino, XVI,* 8 *mars* 1891).

L'auteur rappelle les travaux de Morau (1889) sur le mus musculus, de Luzi et de Barbacci, les opinions d'Arloing (1868) et de Chauveau, et il expose ses propres recherches. Le conduit génital externe de la lapine se divise en deux segments ; le segment vulvaire et le segment utérin, séparés par beaucoup de caractères. En dehors de la gestation, le segment vulvaire est tapissé d'épithélium pavimenteux stratifié : le segment utérin est revêtu d'une seule couche de cellules cylindriques. Dans les premiers temps de la gestation, l'épithélium pavimenteux stratifié du segment vulvaire devient cylindrique par transformation de ses cellules superficielles. Cette transformation se propage de la partie supérieure à l'orifice vulvaire : elle est terminée au vingt et unième jour de la gestation. L'épithélium redevient alors pavimenteux en procédant de l'orifice vulvaire vers le segment utérin. A l'époque du part, tout l'épithélium du segment vulvaire est de nouveau pavimenteux. DASTRE.

PHYSIOLOGIE.

Der Hund ohne Grosshirn (**Le chien sans cerveau**), par Fr. **GOLTZ** (*Archiv für die gesammte Physiologie, LI, p.* 570, 1892).

Goltz a réussi à faire vivre des chiens après ablation totale du cerveau. L'un d'eux a été conservé 18 mois : l'opération avait été exécutée en trois fois. Une fois guéri il avait conservé la faculté de se mouvoir: il était en mouvement continuel dans sa cage pendant le jour. Son sommeil était tranquille la nuit, et si on le chatouillait il réagissait par un mouvement des oreilles. Il fermait les yeux et détournait la tête si on l'exposait à une lumière vive. Si on le tracassait il aboyait ou grondait à l'ordinaire, essayait de se soustraire à l'agent excitant ou à mordre, mais sans pouvoir l'atteindre consciemment. S'étant blessé une patte, il la relevait et marchait sur les trois autres. Au début il avait été nourri à la sonde et il avalait de travers ; plus tard il put manger et boire de lui-même lorsque l'on approchait le plat de son nez. Les pattes postérieures maigrirent considérablement à la fin et perdirent leur force : l'animal marchait alors difficilement.

Les facultés psychiques supérieures faisaient défaut. Il ne voyait pas quoiqu'il fût incommodé par une lumière perçante, il ne reconnaissait pas un autre animal, un geste de menace, une caresse ; il était incapable de chercher sa nourriture. L'odorat était nul. Il se secouait quand il était mouillé, mais sans se lécher. La mémoire était abolie : il hurlait et manifestait sa rage chaque fois qu'on le tirait de sa cage pour lui donner à manger. Il ne pouvait saisir aucun objet avec sa patte, ni gratter le sol. Son imbécillité était complète ; la nourriture seule provoquait des manifestations de plaisir. Il ressentait la satiété. En somme, il avait conservé la faculté de locomotion, de préhension des aliments, le toucher, l'ouïe, le sens musculaire; il avait perdu toutes les manifestations supérieures de l'intelligence, mémoire, réflexion. L'autopsie de l'animal tué en état de santé démontra l'ablation complète de l'écorce cérébrale à l'exception de la partie basale du lobe temporal (Uncus). DASTRE.

Ueber den Antheil des Hörnerven an den... (Participation du nerf acoustique dans la production des mouvements, des attitudes forcées et des déplacements associés des yeux observés à la suite de destruction du cerveau), par J. LŒB (*Archiv f. die gesammte Physiologie, L, p.* 66, 1891).

L'auteur s'est proposé d'étudier les prétendus centres d'équilibration corticaux. Il a fait ses expériences à Naples sur le Scyllium canicula et le S. catulus, chez qui le cerveau est simple et le nerf auditif facilement abordable.

L'extirpation du mésencéphale, à gauche, provoque des mouvements de manège à droite avec inclinaison de la face droite du corps vers le

fond. Effets analogues de rotation si l'on coupe la moitié droite de la moelle cervicale ; les yeux sont tournés à droite et les nageoires pectorales à gauche.

La section du nerf acoustique droit entraîne exactement toutes ces conséquences. On les supprime par la section simultanée du nerf acoustique de l'autre côté. D'autre part l'anatomie enseigne qu'il y a continuité entre les fibres de l'acoustique et ces régions de l'encéphale. D'où la conclusion que les prétendus centres d'équilibration du cerveau ne sont que des dépendances du nerf acoustique. DASTRE.

Recherches sur la circulation cérébrale durant l'hypnose, par de SARLO et C. BERNARDINI (*Arch. ital. de biol.*, *XVII*, *p.* 171, 1892).

Les auteurs ont étudié un épileptique dont le cerveau était à découvert dans la région pariétale gauche. Ils concluent de leurs observations que :

1° La circulation cérébrale est différente suivant les états hypnotiques ; il semble qu'il y ait hyperémie dans l'état léthargique, et anémie dans l'état cataleptique ; 2° Tout porte à croire que dans les états hypnotiques il n'y a pas d'antagonisme entre la circulation cérébrale et la circulation périphérique. 3° Il y a une plus grande fréquence du pouls et une disparition presque complète des oscillations respiratoires. 4° Les fonctions psychiques, durant les états hypnotiques, provoquent une réaction vasculaire identique à celle de l'état ordinaire ; seulement elle est moins évidente relativement à la constriction vasculaire existante. 5° Les états hypnotiques ne doivent pas être considérés comme quelque chose existant *per se* mais ils servent à mettre en évidence ce qui existait déjà. Les manœuvres hypnotiques ont seulement pour effet d'augmenter l'excitabilité de certains centres nerveux, qui sont le *locus minoris resistentiæ* et de séparer quelques éléments nerveux de l'ensemble que forme la substance organique de l'esprit sain. Dans le cas actuel les éléments moteurs corticaux, déjà morbidement excitables, furent séparés de tout le reste au moyen de l'hypnose. DASTRE.

Contribution à l'étude de l'activité fonctionnelle du cervelet, par A. BORGHERINI et G. GALLERANI (*Archives italiennes de biologie*, *XVII*, *p.* 64, 1892, *et Rivista sperimentale di freniatria e med. legale*, *XVII*, 3, 1891).

Le cervelet est physiologiquement un, c'est-à-dire qu'une lésion partielle a, au degré près, les mêmes effets que l'ablation totale. Celle-ci produit l'ataxie permanente de tous les mouvements volontaires, le phénomène de la chute de la tête. L'ataxie est manifeste sur un plan incliné. L'animal ne peut plus mesurer, suspendre ou provoquer à temps ses impulsions motrices. La fonction du cervelet est tellement nécessaire dans le tout premier âge de la vie que, sans elle, les faits d'association motrice automatique qui dépendent des centres nerveux sous-jacents, viennent presque à manquer d'une manière permanente. Une lésion superficielle de l'organe donne, comme fait constant et permanent, le tremblement de la tête et du cou. L'ablation complète a pour résultat avec l'ataxie des désordres beaucoup plus marqués de la tête et du cou dans quelques actes volontaires. L'opération n'entraîne point de manque de force musculaire. Le cervelet influence les actes moteurs volontaires, non

les actes automatiques. La vue peut corriger, dans une certaine mesure, le désordre locomoteur ; si la vue est empêchée, l'animal tombe dans une inertie volitive complète. Les membres restent dans les positions anormales qu'on leur donne. Aucun des animaux n'a montré de nystagmus ni de strabisme. La fonction du cervelet ne se rapporte à aucune des formes diverses de la sensibilité. Les lésions de l'organe sont accompagnées presque constamment de désordres trophiques généraux : atonie intestinale, paralysie vésicale, arrêt de développement des jeunes animaux. DASTRE.

On the method of transmission of the impulses in medullated fibres, par R. EDES (*The Journal of Physiology, XIII, p.* 431).

La propagation de l'influx nerveux le long du nerf a été expliquée par un phénomène physique (onde vibratoire), ou par un phénomène chimique (combustion de proche en proche, changement de composition chimique, production de chaleur, consommation d'énergie avec production de déchets et fatigue). C'est par la question de fatigue qu'on peut espérer être fixé. Wedenski a entendu pendant six heures les sons produits par les changements électriques d'un nerf actif. Bernstein a observé la contracture d'un muscle après 20 minutes d'excitation du nerf (les impulsions, dans l'intervalle, n'arrivent pas au muscle par suite de l'irruption d'un courant constant). Bernstein et Maschek (1887) ont vérifié par le même procédé l'action du nerf après 6 et 8 heures d'excitation. On peut encore interrompre la continuité du nerf au muscle au moyen de l'éther (Maschek) : ou du curare (Bowditch). Enfin Maschek, en excitant le vague pendant plusieurs heures, a constaté un ralentissement continuel du cœur. On interrompait la stimulation quand le cœur s'accélérait de nouveau, à intervalles. Szana (1891) a constaté le même fait avec l'atropine. L'auteur, sous la direction de Bowditch, reprend le problème de la manière suivante : il mesure à l'électromètre capillaire le courant d'un nerf, et sa variation négative. Le nerf est excité pendant plusieurs heures : pendant ce temps l'on n'observe point de diminution dans le courant d'action. DASTRE.

The influence of... (Influence de la température et de la pression endocardiaque sur le cœur et spécialement sur l'action du vague et des nerfs sympathiques cardiaques), par G. N. STEWART (*The Journal of Physiology, XIII, p.* 59, 1892).

Mémoire étendu. Dans le premier chapitre, l'auteur étudie l'influence de la température sur le pneumogastrique, c'est-à-dire sur son pouvoir inhibitoire et sur le pouvoir accélérateur, car le nerf vague de la grenouille est un vago-sympathique. Le refroidissement diminue l'action inhibitoire du vague ou l'action excitatrice du sympathique. Le réchauffement l'exalte. Lorsque les battements sont arrêtés par la chaleur, une nouvelle stimulation du vague ou du sympathique peut les réveiller. L'auteur étudie tous les détails et les circonstances de ces actions. En somme, les deux nerfs sont affectés dans le même sens par les changements de température, mais le sympathique l'est plus vivement. Il n'y a pas antagonisme dans le sens d'actions contrariées exactement. Dans

le quatrième chapitre se trouve traitée la question de l'arrêt cardiaque par les hautes températures; la température de l'arrêt varie en raison inverse de la puissance rythmique du muscle. C'est un pseudo-tétanos, une paralysie plutôt qu'un état actif. L'auteur étudie enfin l'influence de la pression intra-cardiaque, et quelques-uns des phénomènes électriques du cœur soumis à la chaleur ou à la pression. DASTRE.

Notes on some applications... (Notes sur l'application en physiologie de la méthode des résistances pour la mesure de la température, en particulier dans les nerfs excités), par G. N. STEWART (*The Journal of Physiology*, *XII*, *p.* 409, 1891).

Le nerf est en contact avec un fil fin de platine replié dans une gouttière d'ébonite et aboutissant à travers l'épaisseur de l'ébonite à deux bornes qui permettent d'intercaler ce fil dans le pont de Wheatstone, et de mesurer la résistance de ce circuit, résistance qui varie avec la température. On peut évaluer ainsi $\frac{1}{2800}$ de degré. La difficulté est d'obtenir la fixité. L'auteur opère sur les nerfs de grenouille, sur les muscles curarisés, sur les nerfs de mammifères, sur la moelle. Le résultat a été que pendant l'excitation la température du nerf ne s'élève pas d'un deux-millième de degré, chez les chiens ni chez les lapins. L'élévation dans le cylindraxe seul, si elle existe, ne dépasse point 1/200 de degré. D'autre part Rolleston (1890) a vu que la température d'un nerf de grenouille s'élevait au moment où il meurt. L'auteur n'a pu vérifier ce fait pour les nerfs des mammifères. DASTRE.

Sur les fibres d'arrêt de la respiration dans le tronc du vague, par M. CONSIGLIO (*Archives italiennes de biologie*, *XVII*, *p.* 49, 1892, *et La Sicilia medica*, *III*, *fasc.* 8).

Spallita (1891) a distingué dans l'innervation centripète de la respiration des fibres accélératrices sympathiques et des fibres d'arrêt du pneumogastrique, c'est-à-dire une innervation centripète analogue à l'innervation centrifuge du cœur. L'auteur s'est proposé de rechercher si les fibres inhibitrices de la respiration comme celles du cœur cheminent dans le spinal. Il arrache le spinal en suivant le procédé de Cl. Bernard. Il constate qu'après l'extirpation, le vague perd son pouvoir inhibiteur sur la respiration. L'excitation du nerf vague, dans ce cas, rend la courbe respiratoire plus ample et plus fréquente. Le tronc vague spinal, chez le chien, après la section des fibres du sympathique ne produit plus, quand il est excité avec des courants faibles, une augmentation de fréquence de la respiration. Toutefois il conserve sur cette dernière son pouvoir inhibiteur. Les fibres accélératrices de la respiration sont plus excitables que les fibres d'arrêt.

On admet généralement que les nerfs inhibiteurs de la respiration courent dans le tronc des deux nerfs laryngiens; d'autre part, après section du spinal, il y a dégénération d'un grand nombre de fibres des deux nerfs (Burkhard et Waller). On pouvait donc supposer que les fibres inhibitrices de ces deux nerfs provenaient du spinal. Gierke et Heidenhain considèrent les fibres du spinal (branche interne) comme liées au centre respiratoire bulbaire. D'autre part, Cl. Bernard

n'a pas vu de modifications de la respiration après l'ablation des deux spinaux. L'action inhibitrice ne serait pas continue : les spinaux n'interviendraient qu'à des moments déterminés et non continuellement. Les respirations s'accroissent lorsque l'on excite les vagues après arrachement du spinal. DASTRE.

Sur les fibres d'origine du nerf dépresseur, par F. SPALLITA et M. CONSIGLIO (*Archives italiennes de biologie*, *XVII*, *p.* 43, *et La Sicilia medica*, *III*, 9).

Les auteurs se sont posé la question suivante : Les fibres du nerf dépresseur arrivent-elles au bulbe par le pneumogastrique ou par le spinal. On voit en effet une partie du dépresseur naître du nerf laryngé supérieur qui tire un grand nombre de ses fibres du spinal. — On excite le dépresseur à son bout central, après arrachement du spinal. Tandis qu'avec le spinal intact le dépresseur déterminera un abaissement de la pression et une réaction réflexe sur le cœur dont les battements deviennent rares et amples, il n'y a point de réaction du pouls si le spinal a été arraché. Il y a donc dans le dépresseur deux ordres de fibres : les fibres réellement dépressives qui suivent le pneumogastrique et les fibres modératrices. Les unes agissent sur le centre nervo-moteur : les autres sur le centre modérateur cardiaque. La dépression est donc plus profonde dans le cas du spinal intact, puisqu'elle est due au concours des deux causes. DASTRE.

On pilo-motor nerves, par J. N. LANGLEY et C. L. SHERRINGTON (*The Journal of Physiology*, *p.* 278, 1891).

On connaît l'érection des bulbes pileux et des poils sous l'influence des émotions vives. Mais sauf l'observation due à Jegorow (1890) d'un relèvement des plumes de la tête sous l'influence de l'excitation du sympathique, chez le dindon, on ne connaissait pas de nerf agissant directement sur les bulbes pileux. Sherrington a trouvé chez le singe (macacus rhœsus) des poils innervés par le sympathique cervical ; ce sont ceux du front, des tempes, des joues, où l'excitation du bout périphérique produit un hérissement comme dans le cas de surprise ou d'anxiété de l'animal, mais sensiblement limité à un côté. Ces filets pilo-moteurs quittent la moelle par les racines antérieures des 3ᵉ et 4ᵉ paires, et un peu par la 2ᵉ et la 5ᵉ. La section du cordon cervical paralyse les muscles de ces poils. Les filets pilo-moteurs entrent en connexion avec les cellules du ganglion cervical supérieur. Il y a de même des nerfs pilo-moteurs dans la chaîne sympathique lombo-sacrée, venant des racines de la 2ᵉ paire dorsale et des trois premières paires lombaires pour les poils de la cuisse, de la fesse et de la queue. Chez le chat, des filets pilo-moteurs sortent de la moelle depuis la 3ᵉ paire thoracique jusqu'à la 3ᵉ lombaire. De la 3ᵉ racine à la 7ᵉ thoracique, ces fibres gagnent le cervical thoracique et vont innerver le muscle pileux d'une partie de la face et du cou. De la 7ᵉ thoracique à la 3ᵉ lombaire, ils innervent les poils du dos et de la queue. Les pilo-moteurs du cervical sympathique entrent en connexion avec les cellules du ganglion cervical supérieur; ceux du dos et de la queue avec le 3ᵉ ganglion sacré et avec le premier coccygien. L'effet de l'excitation est généralement unilatéral avec une petite zone d'empiétement : pour la queue il est bilatéral. DASTRE.

Note on the connection with nerve-celles of the vaso-motor nerves for the feet, par J. N. LANGLEY (*The Journal of Physiology, XII, p.* 375, 1891).

Les fibres sympathiques vaso-constrictives et vaso-dilatatrices du membre antérieur sont en connexion avec les cellules nerveuses du ganglion stellaire et non point d'autres. Pour le membre postérieur, la connexion se fait dans le 6e lombaire, 7e lombaire et 1er ganglion sacré. Les fibres vaso-motrices, comme les fibres sudorales qui sortent de ces ganglions passent dans le nerf spinal correspondant. Chaque ganglion du sympathique est, en général, une station cellulo-nerveuse pour les fibres qui se rendent de là au nerf spinal correspondant et à une petite région voisine. Bradford et Bayliss ont montré qu'il y a correspondance entre les nerfs vasculaires et les nerfs sudoraux quant à l'origine et au trajet. DASTRE.

On the course and connections of the secretory fibres supplying the sweat glands of the feet of the cat, par J. N. LANGLEY (*The Journal of Physiology, XII, p.* 347, 1891).

Les fibres sécrétoires de la patte antérieure du chat, quittent la moelle avec les paires dorsales de la 4e (Nawrocki) à la 9e ou la 10e, le nombre des fibres étant maximum vers la 7e paire et diminuant en deçà et au delà ; les 6e, 7e, 8e paires peuvent même répondre seules à la stimulation, par la sécrétion de la sueur. Il n'y a pas de localisation de telle ou telle paire pour telle ou telle région de la patte. Des racines, les fibres sudorales passent dans le sympathique : elles entrent toutes en connexion avec les cellules nerveuses dans le ganglion stellaire et n'ont pas d'autres connexions cellulaires que celles-là, excepté à leur origine, dans la moelle. Dix à quinze milligrammes de nicotine injectés dans une veine paralysent les cellules nerveuses, mais non les fibres, non plus que les terminaisons glandulaires. La stimulation intrarachidienne des racines du plexus brachial ne produit pas la sécrétion. Il n'y a point de fibres sécrétoires spinales.

Pour la patte postérieure, Luchsinger a montré que les fibres sécrétoires sortent de la 12e paire thoracique jusqu'à la 3e lombaire. L'auteur confirme ce résultat. C'est dans la 1re lombaire que ces fibres sont les plus nombreuses, ce qui explique les résultats de Vulpian, Nawrocki et Ott. Les fibres ainsi arrivées à la chaîne sympathique s'en séparent aux ganglions 6e et 7e lombaires, 1er et 2e sacrés, pour gagner les nerfs spinaux correspondants et aussi le sciatique. Chacun des rameaux gris a une sphère de distribution spéciale dans la patte. Ces fibres sudorales sont en connexion avec des cellules nerveuses appartenant au ganglion correspondant ou au ganglion supérieur, et sans connexion avec d'autres cellules. La stimulation des nerfs lombaires inférieurs et des nerfs sacrés dans le canal médullaire est sans effet. Il n'y a pas là non plus de fibres sécrétoires spinales. DASTRE.

Modifications que subit l'excitabilité galvanique et faradique musculaire par la section et l'irritation du nerf, par D. COURTADE (*Archives de physiologie normale et pathologique, IV, p.* 514, 1892).

On sait que l'on observe d'abord une contraction à la fermeture du

pôle négatif, plus rarement à la fermeture du pôle positif. La force du courant augmentant, les deux contractions s'élèvent en conservant leurs forces relatives jusqu'à un certain maximum. Pendant le passage du courant, rien ; à moins que le courant soit très intense, auquel cas, on observe un raccourcissement, une tétanisation. A l'ouverture, contraction au pôle positif pour des courants forts. Avec les courants induits, secousse au pôle négatif du courant induit d'ouverture : plus tard, secousse au pôle positif. Beaucoup plus tard, contractions au pôle négatif de fermeture et d'ouverture. L'auteur recherche si l'état du nerf ne modifie pas cette loi du muscle. Il arrive aux conclusions suivantes :

1° La section du nerf augmente PF (positif-fermeture) d'une façon notable, et, en même temps, fait apparaître NO (négatif-ouverture). Ces résultats s'exagèrent d'autant plus que l'on se rapproche de la bifurcation du sciatique. L'excitation faradique présente les mêmes modifications ; 2° l'excitation du bout périphérique augmente les phénomènes observés : la morphine et la cocaïne l'empêchent de se produire, ou la font disparaître lorsqu'elle existe déjà ; 3° l'arrachement aussi complet que possible du nerf ramène l'excitation (PF) à ce qu'elle était avant la section : elle est même plus faible.

Ces résultats doivent nous mettre en garde contre les courants dérivés qui peuvent, dans toute excitation unipolaire, fausser l'observation. Ils doivent être rapprochés des faits observés chez l'homme dans les cas de réaction de dégénérescence.

DASTRE.

I. — **On the electro-motive phenomena of the mammalian heart**, par **W. M. BAYLISS et E. H. STARLING** (*Proceedings of the Physiological Society. London, mars* 1891).

II. — **On some points in the innervation of the mammalian heart**, par **W. BAYLYSS et E. STARLING** (*The Journal of Physiology, XIII, p.* 407, 1892).

I. — Chaque battement du cœur est accompagné d'une variation diphasique montrant une onde négative qui va de la base à la pointe. La variation devient triphasique si l'animal respire de l'air froid. On peut avec des stimulations (chocs d'induction) rythmées à 3 par seconde produire un rythme artificiel des battements. La période latente de stimulation pour les oreillettes et les ventricules est moindre que 1/100 de seconde. Quand on stimule les oreillettes, la plus grande partie du retard est due à la propagation de l'onde excitatrice à travers le sillon auriculo-ventriculaire.

II. — Les auteurs enregistrent, chez le chien, les mouvements de l'oreillette au moyen d'un lien fixé au sommet de l'appendice auriculaire d'une part et de l'autre au tambour, et les mouvements du ventricule avec une pince myocardiographique. On sait (Wooldridge, 1883, Tigerstedt, 1884) que la succession des contractions de l'oreillette et du ventricule dépend de l'état de leurs connexions à travers le sillon auriculo-ventriculaire, et que si cette connexion est détruite par écrasement ou d'autre façon, la séquence normale est abolie, et les deux cavités battent indépendamment. Max William a renversé la séquence normale en excitant le ventricule avec un rythme plus rapide que le rythme normal. Mais le passage des impulsions est naturellement plus facile dans la

direction normale de l'oreillette au ventricule, et plus rapide (0″15 au lieu de 0″22).

Les auteurs étudient, après Johannson et Tigerstedt, Roy et Adams, Max William, l'action des vagues séparément sur l'oreillette et le ventricule. L'action sur la force de la contraction est bien plus marquée que celle sur le rythme. Il est très difficile d'arrêter absolument l'oreillette : les mouvements persistent, insaisissables à l'œil nu, mais enregistrables. Les ventricules sont beaucoup moins sensibles à l'action des vagues et ils ne semblent l'être que par l'intermédiaire des oreillettes. La conduction n'a plus lieu de l'oreillette au ventricule. L'excitation des accélérateurs peut produire deux effets indépendants l'un de l'autre jusqu'à un certain point, accélération et augmentation de force. Ces deux effets sont produits directement sur le ventricule et non pas seulement par l'intermédiaire de l'oreillette. DASTRE.

The cardiopneumatic movements, par J. HAYCRAFT et R. EDIE (*The Journal of Physiology*, *XII*, 426, 1891).

Il s'agit des mouvements produits dans la cavité thoracique par les mécanismes circulatoires. C. Voit (1865) les a manifestés en fermant les narines, tenant la glotte ouverte et maintenant la poitrine immobile. On observe des inspirations et expirations coïncidant avec les systoles et les diastoles cardiaques. Ceradini (1869) vérifia le fait et le manifesta en mettant entre les lèvres un tube rempli de fumée de tabac : l'inspiration serait en retard sur la systole; l'expiration à l'afflux du sang veineux et au reflux du sang artériel. Landois (1876) montra les mouvements cardiopneumatiques au moyen du manomètre à eau et de la flamme manométrique : il les enregistra, et les expliqua de façon analogue mais détaillée. En réalité, ces explications sont sans valeur, car les auteurs constatent que les mouvements se produisent encore quand la poitrine est ouverte. Ces mouvements ne résultent donc pas de changements dans la quantité du sang de la poitrine, qui auraient pour conséquence, selon Voit, Ceradini et Landois, l'entrée et la sortie de l'air. Ils sont dus aux changements de la pression exercée par le cœur sur la portion avoisinante des poumons : ils cessent quand on écarte le cœur du poumon, qui agit dans ce cas comme un oncomètre. Les graphiques ressemblent aux cardiogrammes dans leurs traits généraux. Il y a une chute inspiratoire du levier au moment où le cœur atteint son volume minimum, après le choc du cœur; il y a expiration dès la fermeture des valvules semilunaires. La distension des vaisseaux pulmonaires produit une expansion du poumon, et non pas un retrait, comme l'affirme Landois, bien que ce fait soit possible dans le cas où la poitrine forme cavité close. DASTRE.

The movements... (Mouvements du cœur à l'intérieur de la cavité thoracique et cardiogrammes), par J. B. HAYCRAFT (*The Journal of Physiology*, *XII*, *p.* 438, 1891).

Les physiologistes ont incorrectement supposé que beaucoup de phénomènes de la révolution cardiaque que l'on observe dans la poitrine ouverte se produisent dans la cavité thoracique normale. Pendant la diastole, tous les diamètres du cœur augmentent, et l'organe exerce une

pression périphérique dans tous les sens, en avant, en arrière et latéralement. Tous les diamètres, y compris l'antéro-postérieur, diminuent pendant la systole. Le cœur n'est point poussé en avant et à droite pendant la systole : ce mouvement ne se produit que lorsque le cœur est déplacé pendant l'ouverture de la poitrine. En même temps que le cœur est dilaté dans la diastole, il est tellement relâché qu'il s'aplatit par son propre poids, il est tordu par les parois toujours changeantes de la cavité où il repose (parois thoraciques et poumons); pendant la systole son premier acte est de s'affermir et se consolider lui-même contre les tissus qui l'entourent. De là le choc du cœur. Le cardiogramme, en général, a été mal interprété, car, pendant la diastole le levier s'élève; il descend durant la systole par suite de la diminution du diamètre antéro-postérieur. Au commencement de la systole il y a pourtant une élévation insignifiante, due à l'affermissement du cœur contre la paroi thoracique. Le cardiographe à bouton donne ainsi un ressaut pendant la systole. Mais le cardiographe sans bouton qui déprime la paroi, montre au contraire une élévation pendant la diastole et un abaissement pendant la systole. L'afflux brusque du sang joue certainement un rôle dans le choc de la pointe et modifie certainement le cardiogramme. DASTRE.

Storungen der Herzmechanik nach Compression der Arteria coronaria sinistra (Troubles de la mécanique cardiaque dus à la compression de l'artère coronaire gauche), par K. BETTELHEIM (*Zeitsch. für klin. Medicin*, *XX*, *p.* 436-443).

A. La compression de l'artère coronaire gauche produit dans la mécanique cardiaque les principaux troubles suivants :

1° Ralentissement et arythmie du pouls ;

2° Diminution de la pression artérielle qui tombe à environ 30 à 40 millimètres de mercure. Les cas où l'expérience se termine vite par la mort s'annoncent en outre par une chute rapide de pression ;

3° Augmentation de pression dans l'oreillette gauche ;

4° Insuffisance du ventricule gauche, le ventricule droit restant inaffaibli.

B. Ces troubles mécaniques ont pour première conséquence le gonflement et la rigidité du tissu pulmonaire stades prémonitoires de l'œdème pulmonaire. La connaissance de cette évolution nécessaire des lésions du tissu pulmonaire permet d'expliquer comment en clinique on peut dans les cas d'embolie, de sclérose de la coronaire, d'ischémie du cœur, d'angine de poitrine, de sténocardie observer sans œdème pulmonaire une dyspnée interne. A.-F. PLICQUE.

Influence des mouvements musculaires physiologiques sur la circulation artérielle et cardiaque, par M. KAUFMANN (*Archives de physiologie normale et pathologique*, *IV*, *p.* 495, 1892).

L'auteur a constaté antérieurement, en étudiant la mastication, que la pression s'abaisse dans les artères qui pénètrent dans les muscles actifs (vaso-dilatation musculaire), mais qu'elle s'élève dans la carotide et l'aorte (accroissement du jeu du cœur). L'action cardiaque compense donc l'effet vaso-dilatateur et maintient la pression normale.

En est-il ainsi dans tous les cas et spécialement dans l'acte de la locomotion au pas qui, faisant intervenir un grand nombre de muscles, produit une vaso-dilatation périphérique énorme? L'auteur fait marcher le cheval sur place au moyen du manège appelé piétineuse. Il constate, au moyen de la courbe carotidienne, un abaissement notable de la pression coïncidant avec une accélération cardiaque. En résumé : 1° l'exercice musculaire modéré facilite la circulation générale en augmentant simultanément et parallèlement le débit cardiaque et le débit artériel périphérique; 2° l'exercice musculaire violent, sans entraînement préalable, est rapidement accompagné de l'impuissance du cœur. Les systoles cardiaques, malgré leur fréquence extrême, restent insuffisantes pour alimenter convenablement le système artériel fortement dilaté à sa périphérie par le fonctionnement musculaire. De là, les douleurs cardiaques et l'essoufflement qu'éprouvent l'homme et les animaux non entraînés; l'entraînement progressif agit, non seulement en augmentant la puissance et la résistance à la fatigue des muscles de la vie animale; mais surtout, en adaptant graduellement la puissance de contraction du muscle cardiaque aux besoins circulatoires du système locomoteur. DASTRE.

Beitrag zur Kenntniss des Blutes (Contributions à la connaissance du sang), par H. GRIESBACH (*Arch. f. die gesammte Physiologie*, *L*, *p.* 473, 1891).

Le point essentiel de ce travail est relatif à l'intervention des cellules amiboïdes du sang dans la coagulation. Cette influence doit être étudiée chez les animaux où le sang ne contient point d'autres éléments, par exemple chez l'anodonte et l'écrevisse.

Griesbach étudie les cellules du sang de l'écrevisse, du crabe. Il y distingue deux substances, le hyaloplasme et la charpente. C'est là une structure générale qui se retrouve chez tous les animaux. Il examine aussi les granulations cellulaires et cherche à en fixer la signification. Il signale des dépôts cristallins de chlorure de sodium dans le sang de crabe déposé sur la lame du microscope. Le plasma du sang contient une substance fibrinogène qui diffère en quelques points du fibrinogène ordinaire. Les globules laissent échapper sous l'influence de l'eau une albumine. Il en est de même chez l'anodonte.

L'auteur a observé la plasmoschise des cellules en dehors des vaisseaux, donnant lieu à l'espèce de caillot, non gélatineux, appelé par d'autres plasmodium. Les substances qui empêchent la coagulation sont de cinq espèces; elles agissent :

1° En fixant les cellules (acide osmique, citrate d'ammoniaque);

2° En fixant les cellules et précipitant les albuminoïdes du plasme (chlorure d'or);

3° En modifiant les albuminoïdes, sans entraver la plasmoschise (sulfates);

4° En précipitant les sels de chaux (oxalates de potasse et d'ammoniaque);

5° En exerçant une action spéciale, inconnue (acide carbonique, hydrogène sulfuré).

La raison pour laquelle le sang des mollusques ne coagule point dépend sans doute de la manière particulière dont s'y produit la plasmochise. DASTRE.

Eine Methode zur Bestimmung des Volumens der körperlichen Elemente im Blute (Méthode pour la détermination du volume des corpuscules du sang), par M. et L. BLEIBTREV (*Archiv f. die gesammte Physiologie, LI, p.* 151, 1891).

Le sang défibriné de l'animal (cheval ou chien) est reçu dans un égal volume de solution de chlorure de sodium à 6 pour 1000. On laisse déposer les globules. On prend un volume déterminé du liquide surnageant; on détermine par la méthode de Kjeldahl l'azote contenu : on en déduit l'albumine correspondante en multipliant par 6.25. — On répète l'expérience avec un autre mélange et on fait les mêmes déterminations.

Les expériences ont montré que le volume des globules peut varier de 26 à 40 0/0.

Quand on possède la teneur en albumine du sang et celle du sérum, on peut avoir celle des globules. Celle-ci chez le cheval est sensiblement constante et égale à 46.85 0/0. De là résulte une grande simplification dans la méthode.

Les auteurs proposent encore une seconde méthode applicable dans le cas où l'on dispose de quantités qui permettent la détermination des poids spécifiques.

Le sang se concentre par la défibrination, et d'autant plus que le volume des globules est plus considérable. Le fait tient à ce que les albuminoïdes qui sortent des globules pour servir à la constitution de la fibrine emportent de l'eau. DASTRE.

Sur les modifications du sang par l'effet de la peptone et des ferments solubles, par J. SALVIOLI (*Arch. ital. de biol., XVII, p.* 155, 1892, *et Rendiconti della R. Accad. dei Lincei, VII, fasc.* 12).

Tandis que Landois, Richet et Héricourt ont vu l'injection de sang normal de chien produire toujours la mort du lapin, on pourrait impunément injecter dans les vaisseaux sanguins d'un lapin, du sang peptonisé de chien. (Fano 1881). Du sang peptonisé de lapin, ayant coagulé et étant exprimé, peut être injecté dans les vaisseaux d'un autre lapin sans produire la thrombose caractéristique.

Le sérum de sang normal de chien dissout l'hémoglobine des hématies du lapin et irrite le protoplasma des leucocytes. Mais si le sang de chien est peptonisé ou diastasé, les globules rouges se maintiennent inaltérés et conservent leur hémoglobine : les leucocytes sont au repos et les plaquettes se conservent plus longtemps. Le plasma normal du chien se comporte comme le sérum; il dissout les hématies du lapin, comme on le voit, en injectant du sang de lapin dans le système circulatoire du chien. Le sérum du sang peptonisé conserve les hématies du lapin. On peut l'injecter au lapin sans produire de thrombose. L'injection de peptone met donc obstacle à la formation du ferment fibrine.

La peptone ou la diastase ajoutés au sang hors de l'organisme ne se comportent pas de même. L'action dissolvante du sérum de sang de chien normal est détruite par l'adjonction de NaCl à 2 0/0.

L'alcalinité du sang de chien est diminuée après l'injection de peptone ou de diastase. Il y a en effet moins de CO^2 dans le sang peptonisé

(Lahousse, 1889) et l'alcalinité du sang est liée à la quantité de CO^2 (Walter, (1887) et Kraus (1890). D'après l'auteur, l'alcalinité du sang peptonisé descend du chiffre normal $0^{gr},261$ 0/0 à $0^{gr},116$ 0/0 de soude; et le gaz CO^2 de 40 volumes à 33 environ. Il faut noter que le lapin a un sang moins alcalin et moins riche en CO^2 que le chien. DASTRE.

Le ferment glycolytique du sang et la pathogenèse du diabète sucré, par SANSONI (*Arch. ital. de biol.*, *XVII*, *p.* 130, *et La Riforma medica*, *juillet* 1891).

L'auteur recueille le sang de la saignée, chez l'homme, dans une capsule plongée dans l'eau glacée. On le défibrine. On l'analyse. Après avoir mesuré, dans une seconde manière, on fait tomber dans l'eau bouillante. On précipite les albuminoïdes par la méthode Schmidt-Mülheim et Hofmeister. Les résultats obtenus ne concordent pas avec ceux de Lépine et Barral. L'auteur ne trouve pas, en une heure, de glycolyse appréciable. Il ne trouve pas de différences de glycolyse entre le sang normal et le sang diabétique. DASTRE.

Observations sur la fixité de la fibrine du sang, par A. DASTRE (*Archives de physiologie normale et pathologique*, *IV*, *p.* 588, 1892).

L'auteur compare les deux conditions de la production de fibrine; par battage et par coagulation spontanée. Il a recours pour cela à l'artifice de la défibrination totale, qui consiste à défibriner en plusieurs reprises tout le sang d'un animal et à le lui réinjecter. Dans un état voisin de la défibrination totale on voit que le battage n'extrait plus du sang une quantité de fibrine appréciable, tandis que la coagulation spontanée est encore possible et se produit lentement. Le cas inverse peut aussi se présenter. Ces faits s'expliquent par une sorte de sursaturation. En résumé, l'équivalence quantitative entre le battage et la coagulation spontanée n'est pas rigoureuse. Cela tient à ce que, entre autres causes, l'une des opérations est lente, et l'autre rapide. Dans le temps qui fait leur différence de durée, de la sérumglobuline se change en fibrinogène : on constate, en effet, qu'il y avait des globulines dans le sang battu et qu'il n'y en a plus dans le sérum du sang coagulé spontanément. Les conclusions sont les suivantes : La fibrine d'un échantillon déterminé de sang n'est pas une quantité fixe. Elle dépend des circonstances dans lesquelles s'est formée cette fibrine. La fibrine de battage n'est pas rigoureusement équivalente à la fibrine du caillot spontané. Chez l'animal, dans un état voisin de la défibrination totale, il y a des cas rares où le battage fournit de la fibrine alors qu'il n'y aurait pas de coagulation spontanée. Le cas le plus fréquent est celui où le sang coagule spontanément et lentement alors que le battage ne fournit point de fibrine appréciable.

Dans la coagulation lente, il paraît se former successivement du fibrinogène aux dépens de la sérumglobuline du sang. DASTRE.

On the interchange... (Échanges gazeux de la respiration), par W. MARCET (*Proceedings of the Physiological Society, London, mai* 1891).

1° La quantité de gaz CO^2, O, Az, de l'air expiré varie chez les dif-

férents sujets; mais chez un sujet déterminé elles restent constantes pendant les quatre heures et demie qui suivent le repas de midi. — 2° Le rapport $\frac{OAz^2}{CO^2}$ varie légèrement chez les deux personnes soumises à l'expérimentation. Il a été en moyenne de 0,070. — 3° La quantité moyenne d'O absorbé par minute a été de $34^{cc},3$; soit $2^{gr},94$ d'O absorbé par heure. — 4° Le rapport de l'O consommé à l'air inspiré a été de 0,75. De l'O consommé à l'oxygène inhalé, 3,63. — 5° La quantité moyenne d'O consommé par heure et par kilogramme a varié de $0^{gr},355$ à $0^{g},380$. — 6° La consommation d'oxygène et la production de CO^2 ont été plus grandes chez le sujet le plus jeune.

Dans une seconde série d'expériences, l'air contenait un excès de CO^2 Alors : 1° La quantité de CO^2 expirée a été beaucoup moindre que dans les conditions normales. Beaucoup de CO^2 a dû être fixé dans le sang. — 2° La quantité d'O de l'air expiré a légèrement augmenté. — 3° Le rapport $\frac{CO^2}{O}$ a diminué. — 4° et 5° Le volume d'O absorbé comparé au volume de l'air ou au volume d'O inspiré a augmenté. — 6° Le poids d'oxygène consommé a augmenté considérablement. — 7° Le poids d'acide carbonique expiré a considérablement décru. DASTRE.

Neue Versuche zur Bestimmung der Residualluft im lebenden Menschen (Nouvelles recherches sur la détermination de l'air résidual chez l'homme vivant), par M. BERENSTEIN (*Archiv f. die gesammte Physiologie*, *L*, *p.* 363, 1891).

L'air résidual (x) est celui qui reste dans le poumon après la plus forte expiration possible. — Les méthodes pour le déterminer sont très variées; et les résultats discordants, depuis 500^{cc} (Kochs) jusqu'à 1980 (Neubauer).

L'auteur reprend cette recherche en usant de la méthode de Davy (1814) et Grehant (1864) modifiée. Le sujet respire 6 à 7 fois profondément dans un spiromètre contenant 4 litres d'hydrogène, puis exécute une expiration très profonde : il respire alors dans un autre spiromètre contenant un volume d'air connu V. On détermine la quantité 0/0 d'hydrogène dans chaque spiromètre a et b. On a $x = \frac{b.V}{a - b}$. La valeur moyenne chez 19 sujets a été 746^{cc} (hommes 796; femmes 748). Davy avait trouvé 672.

La capacité maxima (air maximal) déterminée par une méthode analogue a été $4,563^{cc}$. — L'inspiration maxima, différente de l'air maximal et de l'air résidual, a été $3,800^{cc}$. C'est la capacité vitale du poumon.

DASTRE.

Einfluss der wechselnden Blutfüllung der Lunge auf die Athmung (Influence sur la respiration des variations de la plénitude sanguine du poumon), par GROSSMANN (*Zeitsch. für klin. Medicin*, *XX*, *p.* 396-435).

1° Chez l'animal respirant naturellement de même que chez l'animal curarisé et soumis à la respiration artificielle il suffit de mettre obstacle

à la déplétion sanguine du poumon pour amener le gonflement et la rigidité du tissu pulmonaire;

2° Le gonflement du tissu pulmonaire se traduit chez l'animal respirant spontanément par une augmentation passive de l'espace thoracique;

3° La rigidité de ce tissu se manifeste : *a* par la diminution et la limitation des mouvements du diaphragme, *b* par l'augmentation de l'effort respiratoire (dyspnée), *c* par une diminution de l'effet utile du travail respiratoire;

4° Chez l'animal aspirant naturellement comme chez l'animal curarisé, la diminution de l'afflux sanguin qui se porte au poumon produit inversement une diminution et un affaissement du tissu pulmonaire. La diminution se traduit par une diminution passive de l'espace thoracique. L'affaissement augmente l'amplitude des excursions respiratoires et l'effet utile du travail respiratoire ;

5° Quand il y a stase sanguine dans le poumon, le centre respiratoire est en état de dyspnée; il est en état d'apnée quand il y a pénurie sanguine ;

6° On ne doit désigner comme dyspnéiques que les états accompagnés : *a* d'augmentation de l'effort respiratoire, *b* d'une introduction d'air insuffisante et ne correspondant pas à l'effort fait;

7° Les méthodes stéthographiques, phrenographiques, aeroplethysmographiques, etc., qui renseignent seulement sur l'intensité de l'effort respiratoire, les méthodes qui renseignent seulement sur la quantité d'air inspirée sont donc, employées séparément, insuffisantes pour déceler s'il y a ou non dyspnée. On doit toujours avoir recours à la combinaison de ces deux ordres de méthodes. A.-F. PLICQUE.

Zur Frage über die Wirkung des Sauerstoffs auf die Kohlensäureausscheidung in den Lungen (Action de l'oxygène sur l'élimination de l'acide carbonique dans les poumons), par B. WERIGO (*Archiv für die gesammte Physiologie*, *LI*, *p.* 321, 1892).

Holmgrèn a supposé que l'oxygène déplaçait l'acide carbonique du sang et l'expulsait en quelque sorte. Preyer a confirmé cette hypothèse. C. Ludwig (1835) a constaté le bien-fondé de cette opinion; les recherches de Wollfberg et Nussbaum lui avaient enlevé du crédit. Mais les expériences de Bohr et Torup ayant prouvé l'existence de combinaisons entre l'acide carbonique et l'hémoglobine, ont rendu créance à l'hypothèse de Holmgrèn et déterminé l'auteur à examiner le problème expérimentalement.

Le principe de la méthode est d'examiner séparément la respiration de chaque poumon au même moment : l'un d'eux étant en communication avec une atmosphère riche en oxygène, l'autre avec une atmosphère pauvre en oxygène ou dénuée de ce gaz. On analyse dans l'un et l'autre cas l'air expiré. Pour rendre les opérations absolument comparables, on fait les prises au même moment, on alterne les conditions des deux poumons, on fait varier la durée de l'expérience. La réalisation de celle-ci exige naturellement la construction d'un cathéter double, dont l'auteur donne la description et le dessin.

Le résultat des expériences c'est que l'oxygène exerce, en effet, dans

les poumons un effet de déplacement sur l'acide carbonique. Si la tension de l'acide carbonique est, en l'absence d'O, de 10 0/0, elle s'élève en présence de ce gaz à 12 à 13 0/0. Lorsque les deux poumons respirent l'un et l'autre dans le même gaz oxygène, les tensions de l'acide carbonique ne présentent qu'une différence insignifiante. L'auteur établit que les mêmes faits se passent dans les conditions naturelles, et que la force de déplacement du gaz carbonique par l'oxygène doit intervenir dans les échanges gazeux des tissus. DASTRE.

I. — Ueber die Einwirkung der Muskelthätigkeit auf den Stoffverbrauch des Menschen (Influence de l'activité musculaire sur les échanges respiratoires de l'homme), par G. KATZENSTEIN (*Archiv für die gesammte Physiologie*, *XLIX*, *p.* 330, 1891).

II. — Die Wirkung ermüdender Muskelarbeit auf den respiratorichen Stoffwechsel (Influence d'un travail musculaire fatigant sur les échanges respiratoires), par A. LŒWY (*Ibidem*, *p.* 405).

III. — Zur Kritik... (Critique de la méthode employée dans le laboratoire de Zuntz pour l'étude de la respiration de l'homme), par LŒWY (*Ibidem*, *p.* 492).

I. — L'auteur rappelle les travaux de Lavoisier. Il insiste sur ceux de Smith (1859) qui a mesuré la consommation de CO^2 pendant l'activité musculaire et qui a trouvé une augmentation considérable, exagérée au dire des auteurs subséquents ; mais en réalité très exacte. Voit et Pettenkofer ont fourni des nombres trop faibles. Speck (1871) a bien étudié la question. Hanriot et Richet, avec un appareil simplifié, ont trouvé des valeurs comparables à celles de ce dernier.

Katzenstein, après cette critique, passe à la description de sa méthode et de ses appareils. Ce sont à peu de chose près les mêmes qu'ont employés Zuntz et Lehmann pour l'analyse des gaz de la respiration. Pour la mesure du travail on se servait de l'ergostat de Gärtner et du plancher roulant de Zuntz. Le mémoire décrit les changements et perfectionnements apportés. — Le sujet reste d'abord au repos. Puis il se livre au travail de rotation de l'ergostat. Speck avait trouvé, dans ce cas, une augmentation d'oxygène consommé à raison de 2^{cc},7, et d'acide carbonique produit à raison de 2,9 par kilogrammètre. Les nombres de Katzenstein correspondent à ceux-là. Le quotient respiratoire correspondant à l'activité ne diffère pas sensiblement de celui du repos. D'où la supposition que ce sont des combustions de même ordre et de même degré qui s'accomplissent. Les valeurs de ce quotient ont varié ici de 0,754 (repos) à 0,824. La consommation d'O correspondant à 1 kilog (travail de rotation) est 1^{cc},957. — Pour 1 kilogrammètre de travail (de marche ascendante) il y a 1^{cc},435 d'oxygène consommé. Si la quantité de gaz inspiré par minute est de 8,300 centimètres cubes par minute, au repos, elle devient de 16,000 centimètres cubes pendant la marche du plan horizontal ; après arrêt elle retombe en trois minutes à sa valeur primitive. La ventilation est également très accrue dans les minutes qui suivent le travail. Le quotient respiratoire mesuré plus tard dans la période consécutive se trouve accru. L'auteur calcule que, dans la marche sur plan horizontal, l'individu consomme 6,0811 centimètres cubes par mètre de chemin, ce

qui correspond à 365 kilogrammètres par minute, pour un sujet de 64 kilogrammes. Les déterminations de Marey et Demeny conduisent à un chiffre plus élevé : 4,721 kilogrammètres. Dans l'ascension, la consommation d'oxygène est moindre. La consommation du cheval est moindre relativement que celle de l'homme dans la marche horizontale, elle est la même dans la marche en ascension. En résumé : 1° Le travail qui consiste à tourner une roue avec les bras provoque des échanges respiratoires plus intenses que la marche ou l'ascension ; 2° La consommation d'oxygène est relativement plus grande pour un travail modéré que pour un travail violent ; 3° La consommation d'O et la production de CO^2 croissent dans le même rapport, de sorte que le quotient respiratoire est le même pendant le repos ; 4° Il ne s'élève et ne devient supérieur à l'unité que dans les minutes qui suivent le travail ; 5° Par kilogramme du poids du corps et par minute, la consommation d'oxygène dans la marche horizontale varie entre 0,0858 centimètres cubes et 0,1682 centimètres cubes ; 6° La consommation d'O par kilogrammètre de travail mécanique est de 1,957 centimètres cubes pour le travail de rotation d'une roue ; elle varie entre 1,1871 et 1,503 dans le cas du travail d'ascension.

II. — Ce mémoire complète le précédent, en ce sens que l'auteur étudie l'influence du travail exagéré, tandis que Katzenstein a étudié le travail modéré. Ces deux travaux sont d'ailleurs exécutés sous la direction de Zuntz. De plus, Lœvy étudie les cas de réparation nutritive insuffisante du muscle, gênant l'abord de l'oxygène par obstacle à la respiration générale ou à la circulation locale. On opère sur le même individu dans les conditions les plus comparables. Voici les résultats.

Les processus de combustion s'accomplissent de la même manière pendant l'activité musculaire et pendant le repos. Le quotient respiratoire reste le même. Ceci n'est vrai que si le travail est modéré. Mais si le travail est très violent, s'il trouble la nutrition du muscle en ne lui amenant qu'une quantité insuffisante d'oxygène, les combustions sont modifiées, et le quotient respiratoire s'élève. C'est ce qui arrive si l'on tourne trop rapidement une roue, si l'on place une ligature sur le bras qui agit, etc. La consommation d'oxygène ne dépend point du travail produit, mais de l'activité musculaire qui le produit. Elle sera minima, c'est-à-dire que le travail sera produit économiquement si le muscle est dans de bonnes conditions de fonctionnement. La consommation s'élève si le muscle travaille dans de mauvaises conditions, avec fatigue, et cela sans doute parce que un plus grand nombre de muscles mal appropriés intervient.

Dans tous les cas, les échanges restent encore élevés quelques minutes après le travail. Mais cette augmentation pour toute la période de repos consécutive à l'action ne dépasse pas celle qui correspond à une minute de travail. Ce n'est que dans le cas de fatigue excessive ou de gêne opposée à l'alimentation du muscle par l'oxygène, que les processus de destruction se continuent pendant un temps notable. Le renversement du quotient respiratoire dans la période consécutive est dû à des causes physiques.

III. — La respiration de l'homme, au moyen du masque et par la bouche, ne crée aucun changement essentiel de rythme, de fréquence,

d'amplitude de la respiration. L'auteur le constate expérimentalement en examinant les effets consécutifs du travail chez l'homme dans le cas de la respiration libre et dans le cas de la respiration avec l'appareil de Zuntz. Il n'en est pas de même chez le cheval et chez le chien. Chez le cheval, le masque accroît la respiration au repos, et moins pendant le travail. Il y a une modification du mode respiratoire. De même chez ces animaux trachéotomisés, le mode respiratoire est changé. DASTRE.

Sur les effets produits par les variations de la pression normale intra et extra-thoracique, par Fr. SPALITTA (*Archives italiennes de biologie*, *XVII*, *p.* 287, 1892, *et Lo Sperimentale*, *XLVI*, *fasc.* 1).

L'auteur emploie des dispositifs qui amènent au poumon de l'animal, cobaye ou chien, de l'air à la pression normale, tandis que toute la surface de son corps peut être soumise à une diminution de pression atmosphérique au moyen de la machine pneumatique. Il y a donc décompression superficielle et différence des pressions intra et extrathoraciques. Si l'on procède rapidement l'animal meurt : si l'on procède plus lentement, le thorax ne retombe plus à la position expiratoire, il y a des troubles pulmonaires, le pouls devient petit et fréquent, la pression sanguine s'abaisse. Ces phénomènes disparaissent si l'on revient à l'état ordinaire ; si l'on continue l'expérience la respiration s'arrête en inspiration forcée, le pouls devient petit et rare, la pression artérielle devient négative, il y a embolie gazeuse, mort.

Normalement le mouvement expiratoire est déterminé par la force élastique du poumon dans l'équilibre des deux pressions interne et externe. L'expiration n'est possible que si la différence de pression ne dépasse pas la tension élastique maxima du poumon. Chez le chien si cette différence dépasse 3 cent. 1/2 de mercure l'expiration devient impossible.

Le sang a tendance à affluer vers le cœur, parce que, à l'état normal, il se trouve avec les gros vaisseaux, soumis à la pression des poumons, c'est-à-dire à la pression atmosphérique diminuée de 9 à 30 millimètres (force élastique du poumon de l'inspiration à l'expiration), tandis que les vaisseaux périphériques sont à la pression ordinaire. Dans l'expérience, cette différence est renversée. Il y a obstacle à l'afflux du sang veineux dans le cœur droit, et diminution du volume de l'ondée sanguine, d'où la baisse de la pression artérielle et l'accumulation du sang dans le système veineux périphérique. Il peut y avoir pression négative dans l'artère. Si l'artère communique avec le dehors, quand la décompression atteindra 15 à 18 centimètres de mercure, le sang ne tendra plus à sortir, mais l'air tendra à rentrer. De là les embolies gazeuses et la mort.

DASTRE.

Ueber die Wirkung der Bronchialmuskeln nach einer neuen Methode untersucht, und über Asthma nervosum (Action des muscles bronchiques étudiée avec une méthode nouvelle. De l'asthme nerveux), par W. EINTHOVEN (*Archiv für die gesammte Physiologie*, *LI*, *p.* 367, 1892).

Mémoire très étendu avec planches et nombreuses figures dans le texte. Le premier chapitre est consacré à l'historique, qui commence utilement à Gerlach et continue par Riegel et Edinger, Paul Bert (1870),

Schiff, Mac Gillavry (1877), Roy et Brown (1885), Sandmann (1890), Nicaise (1889), François Franck (1887), Chauveau (1880), Dastre (1889), Lazarus (1891). — Dans le second chapitre l'auteur décrit sa méthode: l'animal est curarisé ou a le thorax ouvert. On entretient la respiration artificielle de manière qu'à chaque inspiration le même volume d'air pénètre dans la poitrine, et en ressorte ensuite. La pression est mesurée au moyen d'un manomètre qui permet d'enregistrer cette pression toujours dans la même phase de l'acte respiratoire. L'auteur étudie alors l'influence de l'excitation périphérique du vague sur la contraction des muscles bronchiques. On note une élévation manifeste de la courbe des pressions, et l'on peut mesurer cet accroissement de pression; noter les circonstances qui le font varier en grandeur (durée de l'excitation, intensité); comparer les deux vagues; apprécier l'effet de la fatigue; déterminer le temps de latence, les effets consécutifs. — Le quatrième chapitre est consacré à la pression du sang comparée à la pression respiratoire. — Le cinquième est rempli par l'examen des questions suivantes: tonus du vague, excitation réflexe, contraction rythmique, excitabilité directe des muscles bronchiques. Dans le sixième chapitre est examinée la question de savoir s'il y a des dilatateurs bronchiques. L'influence de quelques gaz inspirés, Az, CO^2, SO^2, l'action des poisons, curare, atropine, nicotine, morphine, chloroforme, occupent les chapitres 7 et 8. Dans la dernière partie de son mémoire, l'auteur examine la question de l'asthme nerveux et les différentes théories qui en ont été données.

En résumé, les muscles bronchiques ont peu d'influence dans la respiration normale. Dans les troubles respiratoires cette influence n'est plus négligable. Elle intervient dans l'asthme. DASTRE.

Die Quelle der Muskelkraft (La source de la force musculaire), par E. PFLUEGER (*Archiv für die gesammte Physiologie*, *L*, *p.* 98, 1891).

Un chien danois de 30 kilogrammes est nourri, pendant plus de six mois, avec de la viande extrêmement pauvre en graisse et en hydrate de carbone, et d'ailleurs exactement analysée. Les excreta (urines et excréments) sont recueillis et analysés. L'animal est soumis à des périodes de travail consistant à traîner une voiture, travail qu'il était possible d'évaluer directement. A la fin de l'expérience qui avait duré du 9 mai au 21 décembre, l'animal, malgré le travail accompli et l'alimentation purement albuminoïde, n'avait rien perdu de son poids ni de sa force. Pflüger recherche *l'équivalent mécanique de l'albumine*, c'est-à-dire la partie de l'albumine qui est employée à l'exécution du travail mécanique. On l'évalue par la quantité d'aliment qu'il faut donner en plus à l'animal en équilibre de poids, dans la période de travail. On trouve pour un travail quotidien de 109,608 kilogrammètres un supplément alimentaire de 496.5 grammes de viande correspondant à 15.98 d'azote. Le travail accompli est de 6,409 kilogrammètres par gramme d'azote alors que le travail possible, évalué par la chaleur de combustion, donnait 14,909. En d'autres termes 42.9 0/0 de l'énergie de l'aliment est transformé en travail mécanique. En évaluant les albuminoïdes en albumine, le calcul montre que 48.79 de l'énergie contenue dans l'albumine sont transformés en travail mécanique. C'est l'équivalent de l'albumine.

La température extérieure s'étant abaissée, dans une autre période

de travail de 9°,5 à — 8°,9, le supplément quotidien alimentaire fut augmenté dans la proportion de 4 à 3. Si l'on ne donne pas à l'animal le supplément alimentaire nécessaire, il perd de son poids rapidement puis lentement, et se fixe enfin à un nouvel équilibre. Dans ce cas la consommation d'azote augmente : mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que cet accroissement n'est plus calculable par la même règle que tout à l'heure. L'albumine détruite ne répond qu'à la moitié ou au cinquième de la quantité nécessaire au travail. Il y a économie de toutes les transformations qui ne servent pas au travail. L'animal travaille économiquement. L'acide carbonique résultant de la destruction de l'albumine s'élimine rapidement par les poumons. Le résidu azoté s'élimine rapidement. L'élément vivant qui a à choisir entre l'albumine et les hydrates de carbone prend l'albumine et dédaigne les hydrates : mais, s'il n'a pas d'albumine à sa disposition, il se contente avec les hydrates. Lorsqu'il y a de l'albumine c'est uniquement à ses dépens qu'est exécuté tout le travail. L'alimentation mixte n'est fondée que sur le manque d'albumine. La supposition universellement adoptée que les hydrates de carbone, graisse et amidon, préservent le muscle travaillant d'augmenter sa consommation d'azote, est incorrecte. L'animal qui augmente de poids en travaillant, qui engraisse, ne consomme pas moins une quantité d'azote presque égale à celle qu'il consommerait sans cela. Tout ce qui, dans le corps vivant, n'est pas matière azotée, n'est que poids mort. L'albumine seule doit être prise en considération : c'est par elle que s'accomplit tout le travail vital. Elle est la source de la force musculaire.

DASTRE.

Ueber das Ritter-Rollett'sche Phœnomen (Sur le phénomène de Ritter-Rollett), par H. OSSWALD (*Archiv f. die gesammte Physiologie*, *L*, *p.* 215, 1891).

Ritter (1805) avait signalé une plus grande irritabilité des muscles fléchisseurs que des extenseurs. Ce phénomène, contesté par divers auteurs, a été définitivement vérifié par Rollet (1874), et étendu par Völklin des grenouilles aux mammifères (lapin). Oswald en reprend l'étude en excitant le sciatique de la grenouille par des solutions de sels (chlorure, bromure, iodure, fluorure et glycérine). La dessiccation, l'excitation mécanique, permettent les mêmes constatations.

Les expériences faites avec le curare prouvent que le fait est dû, non pas seulement aux nerfs, mais aux fibres musculaires elles-mêmes qui présenteraient une certaine variété dans les deux groupes musculaires.

DASTRE.

Oscillations quotidiennes du travail musculaire en rapport avec la température du corps, par L. PATRIZZI (*Arch. ital. de biol.*, *XVII*, *p.* 134, 1892, *et Giornale della R. Accad. di medicina di Torino*, *janvier* 1892).

L'auteur fait quatre séances par jour, d'une heure chacune. Il note les contractions musculaires du médius, soulevant, dans l'ergographe, toutes les deux secondes, un poids de 3 kilogs. On évalue le travail; on note la température. On note que la courbe du travail des muscles est en parfaite corrélation avec celle de la chaleur. — D'autre part, l'énergie ne se montre pas en rapport avec l'alimentation. C'est le matin que la faiblesse est la plus grande. Les oscillations quotidiennes de la force ne dépendent

pas d'une différence d'excitabilité du cerveau; elles dérivent des variations de nutrition traduites par les variations du travail chimique, des battements du cœur, des mouvements respiratoires, de l'élimination de CO^2, de l'élimination d'urée, de l'acide phosphorique et de la température. DASTRE.

Sur la consommation du glycogène des muscles pendant l'activité des organes, par MORAT et DUFOURT (*Archives de physiologie normale et pathologique, IV, p.* 457, 1892).

Les auteurs ont montré précédemment que la glycose du sang est emmagasinée par les muscles à l'état de glycogène. Il s'agit maintenant de montrer que le muscle actif consomme son glycogène, et pour cela, il faut opérer en l'absence du sang, ou du moins en se mettant à l'abri de son renouvellement, car le sucre du sang permettrait au muscle de reconstituer sa réserve de glycogène, et les variations possibles de l'apport empêcheraient d'évaluer la dépense réelle. On arrive au résultat, chez le chien, en arrêtant la circulation dans l'aorte par un fil passé sous le vaisseau et serré pendant que l'on tétanise le nerf crural d'un côté, puis les muscles. On emploie des courants graduellement croissants jusqu'à épuisement du muscle (1/2 heure), on détermine alors le glycogène dans le groupe musculaire actif et dans le groupe au repos, par la méthode de Külz.

Le résultat est le suivant : Le muscle actif a consommé 40 à 80 0/0 de son glycogène (la teneur étant jugée d'après les muscles correspondants du côté non excité). Le muscle ne consomme donc pas la totalité de son glycogène. Ces faits éclaircissent le problème de savoir si le muscle utilise le sucre du sang ou son propre glycogène, sans toutefois le résoudre d'une manière absolue. (Voy. *R. S. M.*, XL, 30.) DASTRE.

Beiträge zur Kenntniss des electrischen Geschmacks (Contributions à la connaissance du goût électrique), par LASERSTEIN et L. HERMANN (*Archiv für die gesammte Physiologie, XLIX, p.* 519, 1891).

Il s'agit de l'effet produit par le courant électrique sur la langue en se mettant à l'abri des effets thermiques, mécaniques et de l'effet des sels métalliques. On emploie un dispositif, pour exciter la pointe de la langue, qui écarte ces effets accessoires. La sensation produite par le courant constant ne suit pas la force du courant. L'accroissement du courant détermine une sensation d'acidité accompagnée de chaleur. Avec la direction descendante, il y a un goût fade alcalin un peu amer, plus faible que le goût acide. Celui-ci s'accompagne d'un arrière-goût acide au voisinage des gencives. La réciproque n'est pas vraie. L'excitabilité du goût par le courant électrique est incomparablement plus grande que celle des autres sens.

Les courants d'induction isolés ascendants, forts, provoquent un goût acide : descendants, une impression indéterminée. Les courants alternatifs produisent une sensation obcure d'acidité. Les oscillations du courant constant sont sans effet. La sensibilité d'un individu est variable suivant les circonstances : le seuil d'excitation est plus bas pour le courant ascendant que pour le descendant, pour la base que pour la pointe de la langue.

L'action de la cocaïne est remarquable. Si l'on badigeonne la langue avec une solution de cocaïne, la place badigeonnée est inexcitable pour le goût électrique comme pour les autres sensations, d'après Jürgens (1886) et Oehwall (1890). Le courant ne produit plus que des sensations de température. D'après Laserstein et Hermann, le goût acide persiste pourtant, mais considérablement affaibli.

Le goût électrique est provoqué exclusivement par le passage du courant dans les organes terminaux ou dans les terminaisons nerveuses qui s'irradient dans la muqueuse et non par l'excitation des troncs eux-mêmes. DASTRE.

Influence de la fatigue sur la digestion stomacale, par J. SALVIOLI (*Archives italiennes de biologie, XVII, p. 248, et Atti della R. Accademia dei Lincei,* 1891).

Hippocrate, l'école de Salerne, beaucoup d'anciens médecins ont enseigné que le repos ou un mouvement très modéré facilitaient la digestion. Les contemporains, Villain (1849), Cohn (1888), Streng (1891) sont divisés sur ce point. L'auteur reprend la question. Des chiens à fistule gastrique sont soumis à un travail fatigant (course dans un appareil à roue); on recueille le suc gastrique par introduction de petits tampons d'ouate hydrophile, etc. On détermine l'acidité totale, puis par la méthode d'Hayem et Winter, ce que ces auteurs appellent l'acide chlorhydrique libre, l'acide chlorhydrique combiné aux bases organiques, et les chlorures fixes ; d'autre part, on détermine aussi dans quelques expériences, le poids spécifique, le résidu solide, et le pouvoir digestif. On note les résultats suivants : La fatigue produit une diminution importante dans la quantité du suc gastrique sécrété. L'acidité du suc diminue ; de même la quantité totale du chlore ; le pouvoir digestif est aussi très atténué. Mais, ces altérations de la fonction gastrique sont passagères et, deux heures après la course, le suc a recouvré les caractères du suc normal. Toutefois, les substances alimentaires bien que non digérées passent de l'estomac dans l'intestin avec plus de rapidité chez les animaux qui courent que chez ceux qui sont en repos. DASTRE.

Les effets de la gélatine dans l'inanition, par L. TARULLI (*Archives italiennes de biologie, XVII, p. 331, et Lo Sperimentale, XLVI, fasc.* 1).

1° Durant l'inanition consécutive à un long jeûne, la décomposition et l'oxydation de la gélatine s'effectuent avec beaucoup de lenteur ; 2° Les modifications que subissent les hématies et l'hémoglobine dépendent d'une condensation plus ou moins grande du plasma sanguin, et les leucocytes subissent dans une première période de l'inanition une véritable digestion ; 3° Les fonctions régulatrices de la chaleur ne sont que faiblement troublées pendant le jeûne. DASTRE.

La glycosurie alimentaire, par G. COLASANTI (*Archives italiennes de biologie, XVII, p. 335, et Bulletino della R. Accad. med. di Roma, XVII, fasc. 7*).

L'auteur a examiné des individus atteints de troubles circulatoires ou de lésions anatomiques du foie. Il conclut que la glycosurie alimentaire n'est pas un fait physiologique constant dans toute cirrhose atrophique.

Ce n'est pas, comme le veulent Colrat, Couturier et Lépine un symptôme pathognomonique de l'occlusion de la veine-porte. Cette glycosurie alimentaire dépend moins de l'insuffisance hépatique que de l'état général du malade, de l'activité de l'échange matériel et de l'espèce de sucre ingéré. Avec une nutrition normale, il y a peu ou point de glycosurie ; il y a du sucre dans les liquides séreux à cause des conditions spéciales de la circulation veineuse entéro-hépatique et des lymphatiques abdominaux chez ceux qui sont affectés de cirrhose atrophique. DASTRE.

I. — Ueber die Enstehung von Fett aus Eiweiss im Körper der Thiere (Origine de la graisse dans l'albumine du corps des animaux), par E. PFLUEGER (*Archiv für die gesammte Physiologie*, *LI*, *p*. 229, 1891).

II. — Nachschrift zu in den vorhergehenden Aufsatze... (Appendice au travail précédent sur une nouvelle loi fondamentale de la nutrition et sur la source de la force musculaire), par E. PFLUEGER (*Ibidem*, *LI*, *p*. 317).

I. — L'auteur a démontré que l'albumine est la source exclusive de la force musculaire. D'autre part il ne nie point la possibilité que la graisse se forme aux dépens de l'albumine, comme on l'admet généralement. Il examine seulement la question de savoir si cette possibilité est une réalité.

1. Ce sont les bilans nutritifs de Pettenkofer et Voit qui ont amené à cette idée. Ils concluaient en effet, que si tout l'azote se retrouve, il n'en est pas de même du carbone dont une partie reste fixée. Leur erreur venait de ce qu'ils admettaient pour la viande maigre qu'ils employaient à l'alimentation une composition de fantaisie contraire à toutes les analyses des autres expérimentateurs et d'eux-mêmes. La viande maigre contient 9 pour mille de graisse et 5 pour mille de glycogène qui peuvent rester dans l'organisme. Voit prend pour l'azote un coefficient trop faible, 3,4 au lieu de 3,59. Pour le rapport de l'azote au carbone 1/3,684 au lieu de 1/3,22. Pflüger montre que des différences de ce genre suffisent pour amener une conclusion incorrecte. Il reprend tous les chiffres de Voit en les corrigeant, et il conclut, contrairement aux physiologistes de Münich, qu'il y a plus de carbone excrété qu'il n'en correspond à l'azote de l'urine et de l'excrément. Et cette circonstance était due à ce que l'animal recevait une ration de viande insuffisante et consommait dès lors une partie de sa graisse et de son glycogène.

2. Formation de la graisse du lait aux dépens de l'albumine. Les expériences de Ssubotin et Kemmerich répétées par Voit ne démontrent nullement le fait.

3. Les expériences de Radziejewsky interprétées comme prouvant que les graisses alimentaires ne se déposaient point dans le corps, n'ont point cette signification. Celles de Lebedeff auraient la signification contraire, puisque cet auteur a retrouvé dans l'organisme le glycoïde de l'huile de lin (qui n'y existe pas normalement) après une alimentation avec cette huile.

4. L'argument de la dégénérescence graisseuse n'aurait pas non plus de valeur. La graisse qui apparaît dans la cellule pouvant avoir sa source dans les hydrates de carbone.

5. La dégénérescence graisseuse dans l'empoisonnement par le phosphore s'expliquerait de la même manière.

6. L'adipocire cadavérique et celle de la maturation du fromage ne prouvent point l'origine albumineuse de la graisse, car elles sont l'œuvre d'organismes capables de synthèse.

7. De même Pflüger conteste l'argument tiré de l'engraissement des asticots aux dépens du sang.

En résumé, l'assertion de la formation de la graisse aux dépens de l'albumine manque de base.

II. — 1. Lorsque l'on donne à un animal en équilibre matériel une quantité de graisse et d'amidon dépassant ses besoins, l'échange matériel ne s'en trouve pas accru. L'excès d'aliments est déposé comme graisse. L'assertion contraire de Voit est inexacte. 2. Lorsque l'on donne à un chien en équilibre d'échange de la viande maigre en excès, les échanges matériels sont accrus en proportion de cet excédent. En d'autres termes, ce n'est ni la graisse ni l'hydrate de carbone qui peuvent accroître l'échange matériel mais seulement l'albumine. 3. Si du sucre et de la graisse peuvent se former aux dépens de cet excédent d'albumine, ce sucre et cette graisse doivent être déposés comme graisse. Mais comme, d'autre part, il ne reste pas de carbone de cette opération, tandis que l'azote est éliminé, il en résulte que l'albumine lorsqu'elle est brûlée ne se transforme ni en graisse ni en sucre. 4. Puisque l'ingestion d'une suffisante quantité d'albumine a ce résultat que le travail musculaire s'exerce aux dépens de cette albumine, et que celle-ci d'ailleurs ne fournit ni graisse ni hydrate de carbone, il en résulte que ni la graisse, ni les hydrates de carbone ne sont la source appropriée de la force musculaire. DASTRE.

Sur la réaction des acides biliaires et leur différence chez le bœuf et chez le cobaye, par M. SCHIFF (*Archives de physiologie normale et pathologique, IV, p.* 594, 1892).

Schiff en 1868 a annoncé que la sécrétion biliaire s'alimente principalement de la bile du même individu qui est absorbée dans l'intestin. Il a injecté de la bile de bœuf à des cobayes et il a cru retrouver cette bile dans la sécrétion du cobaye, d'après ce caractère que la bile normale du cobaye ne donne pas la réaction de Pettenkofer comme fait la bile du bœuf. C'est ce point qui a été contesté et que Schiff maintient et que Pettenkofer lui-même admet. La preuve fournie par Wertheimer est tout à fait analogue à celle donnée par Schiff avec cette différence que cet auteur a employé la réaction de Mac Munn au lieu de celle de Pettenkofer.

Schiff propose dans le cas de lithiase biliaire chez l'homme d'administrer de la bile de bœuf desséchée, laquelle augmente l'acide glycocholique dans la bile humaine et par conséquent la faculté de dissoudre la cholestérine des calculs. DASTRE.

Sur quelques récentes recherches touchant l'acétonurie et la glycosurie expérimentale, par A. LUSTIG et R. ODDI (*Archives italiennes de biologie, XVII, p.* 121, 1892; *Archivio per le scienze mediche, XIII,* 1889, *et XIV,* 1890, *et Lo Sperimentale,* 5 *et* 6, 1891).

Lustig a observé, chez les lapins et les chiens, après ablation du plexus

cœliaque, de l'acétonurie et souvent de la glycosurie; de même, après excitation de ce plexus, E. Peifser (1890) ne constata que 2 fois sur 15 l'acétonurie, avec les réactifs de Lieben, Reynold et Gunning. Avec ces mêmes réactifs, Lustig reprend ses expériences et arrive au même résultat. Il recherche enfin les effets d'autres lésions du grand sympathique et arrive aux conclusions suivantes :

1° Les lésions du sympathique au cou ne produisent qu'une glycosurie passagère;

2° La section des nerfs splanchniques provoque quelquefois une glycosurie et une acétonurie, toutes deux légères;

3° L'extirpation du plexus aortique abdominal détermine une légère acétonurie transitoire;

4° Les lésions du plexus cœliaque sont celles qui engendrent les troubles de nutrition les plus nombreux et les plus graves.

La piqûre du plancher du 4e ventricule, chez les lapins, produit, outre la glycosurie, l'acétonurie. R. Oddi répète les expériences de Lustig. Il trouve, après piqûre du 4e ventricule, une glycosurie commençant aussitôt après l'opération et se prolongeant pendant 48 heures; une acétonurie qui dure du 3e au 9e jour; une albuminurie légère et de peu de durée; un amaigrissement considérable et de peu de durée.

R. Oddi nie l'existence de nerfs trophiques spéciaux et croit que le système nerveux tout entier est trophique.

G. Viola (1891), après ablation du plexus cœliaque ne trouve ni albuminurie, ni glycosurie, ni acétonurie. Il y a dans les urines une substance inconnue donnant quelques réactions de l'acétone, et qui n'est ni l'acétone, ni l'alcool, ni l'acide éthylacétique, ni l'aldéhyde...

R. Oddi, dans un dernier travail, revient sur la question. L'ablation du plexus n'a produit aucune altération sensible sur l'appareil digestif. Les animaux mangent avec avidité; leurs fèces sont normales. L'auteur note une glycosurie transitoire ; une acétonurie passagère avec albuminurie et polyurie; un amaigrissement également passager malgré la suralimentation. L'animal survit. DASTRE.

Réaction oscillatoire de la rétine sous l'influence des excitations lumineuses, par A. CHARPENTIER (*Archives de physiologie normale et pathologique, IV, p.* 541, 1892).

L'auteur résume et coordonne plusieurs de ses publications antérieures. Il signale d'abord, comme capital, le phénomène de la *bande noire*. Un cercle noir porte un secteur blanc : il est fortement éclairé (soleil) et tourne lentement. On aperçoit dans le secteur blanc, un secteur sombre qui le divise de telle sorte que le plus petit des deux secteurs blancs soit égal à ce secteur sombre et lui succède immédiatement dans le sens du mouvement. On a donc un secteur blanc, un secteur noir égal, un nouveau secteur blanc. Les deux premiers s'élargissent aux dépens du dernier quand la vitesse augmente. Cette bande noire est suivie d'autres bandes sombres équidistantes plus diffuses.

La bande noire se montre toujours au bout du même temps (1/65e de seconde). L'arrivée de la lumière sur un point quelconque de la rétine fait naître dans ce point une série d'oscillations de la sensation dont la

première dans sa phase négative est la plus nette. Chaque oscillation avec ses deux phases dure environ 1/30e de seconde : elles ne se montrent qu'au début de l'excitation.

Le phénomène peut s'observer sous une autre forme, celle du dédoublement de la sensation lumineuse. Une décharge unique dans un tube de Geissler ou de Crookes donne la sensation de deux éclairs successifs. Ce dédoublement s'observe dans l'obscurité absolue, alors que le rétrécissement réflexe de la pupille ne saurait obscurcir le champ visuel et faire ressortir plus vivement l'image consécutive. C'est l'image consécutive de l'excitation qui subit bien réellement elle-même une diminution d'intensité et qui ensuite se montre de nouveau visible. Carl Hess a attribué à tort à des variations d'intensité de l'image consécutive de semblables oscillations de la sensation qu'il a observées. Il s'agit vraiment d'une réaction oscillatoire de la rétine au moment de l'arrivée d'une lumière de durée quelconque. L'auteur en fournit des preuves nouvelles.

Pendant la phase négative qui suit l'arrivée de la lumière, on peut avoir, dans des conditions déterminées une coloration pourpre-violette de tout le champ visuel. Il faut pour cela des excitations lumineuses naissant pendant la phase négative déterminée par l'excitation précédente. Cette expérience donne vraisemblablement la vision autoptique du pourpre rétinien. — L'auteur interprète ces phénomènes avec les théories de Hering. L'impression lumineuse comporterait deux phases ou processus contraires correspondant au blanc et au noir. Charpentier ajoute ce fait nouveau du caractère rythmique du double processus et la détermination de ce rythme, 30 à 35 oscillations doubles par seconde. La réaction oscillatoire le propage autour du point excité. DASTRE.

Sinnesphären und Bewegungen (Sphères sensorielles et mouvements), par J. STEINER (*Archiv f. die gesammte Physiologie*, L, p. 613).

Les recherches de C.-A. Schäfer (1888) sur la sphère visuelle des singes et celles de H. Munk (1890) sur la sphère visuelle du chien, ont montré que l'excitation électrique de la sphère visuelle provoque des mouvements associés des yeux. D'autre part il y a dans la sphère sensorielle un autre point dont l'excitation provoque les mêmes mouvements.

J. Steiner avait déjà constaté (1883-1888) que l'excitation mécanique des tubercules quadrijumeaux ou du cerveau moyen provoquait des mouvements des yeux chez les poissons et les grenouilles et assimilé ces régions à la sphère visuelle des mammifères. Il cherche à reproduire ces expériences chez les oiseaux (pigeons). En excitant au moyen de courants induits la surface du cerveau, il constate un rétrécissement pupillaire de l'œil opposé, une occlusion de la paupière et des mouvements associés des yeux. En même temps il y a des mouvements de la tête du côté opposé. Ceux-ci se produisent sous des excitations très faibles. — On provoque de même chez le lapin des mouvements associés des yeux et de la tête. — Ces mouvements subsistent lorsque la sphère visuelle est cernée par une section : ils ne résultent donc point de la transmission de l'excitation aux centres moteurs, mais de l'excitation d'un faisceau nerveux particulier. DASTRE.

Ueber die specifische Lichtabsorption des gelben Fleckes der Netzhaut (Sur l'absorption spécifique de la lumière par la tache jaune de la rétine), par Moritz SACHS (*Archiv f. die gesammte Physiologie, L, p.* 574).

Les rayons pour arriver aux éléments sensibles de la tache jaune en traversent le pigment et subissent conséquemment une absorption, qu'on peut apprécier en comparant la sensibilité de la tache à celle de la rétine avoisinante. Les rayons de faible longueur d'onde agissent mieux en dehors de la tache que sur la tache.

Quand on regarde avec des verres bleus, le centre du champ visuel paraît plus sombre, plus ou moins jaune. Ceci prouve que l'absorption n'est pas compensée par une sensibilité plus grande des éléments rétiniens de la macula. L'auteur parlant de ces observations a déterminé directement l'absorption de la tache jaune sur des yeux extraits depuis peu de temps du corps. Elle intéresse une grande partie du spectre, contrairement à l'assertion d'Helmholtz qu'elle n'est appréciable qu'au niveau de la raie F. Cette circonstance doit intervenir dans l'explication des variétés du sens des couleurs chez l'homme. DASTRE.

Die pupillenerweiternden Nerven der Katze (Sur les dilatateurs pupillaires du chat), par NAWROCKI et PRZYBYLSKI (*Archiv f. die gesammte Physiologie, L, p.* 234, 1891).

Ce mémoire comprend une bibliographie étendue et très complète. Il rappelle les résultats des travaux antérieurs.

Les seuls résultats constants, vérifiés par les auteurs, sont les suivants :

1° Les dilatateurs pupillaires descendent du cerveau dans la moelle et sortent de celle-ci par les racines antérieures des 8e paire cervicale, 1re et 2e paire dorsales. De là ils passent par les rameaux communiquants, le premier ganglion thoracique et l'anse de Vieussens, dans le sympathique cervical et dans le ganglion cervical supérieur. De là ils pénètrent dans le crâne, s'appliquent au ganglion de Gasser, et cheminent dans la première branche du trijumeau.

La section du trijumeau en avant du ganglion de Gasser supprime l'effet dilatateur pupillaire du sympathique cervical.

2° Les dilatateurs pupillaires ne traversent point le ganglion ciliaire et les nerfs qui en émanent (nerfs ciliaires courts); car, après l'ablation du ganglion ou la section des branches qui en partent, l'excitation du cordon cervical sympathique ne provoque pas moins la dilatation pupillaire maxima.

3° Ils suivent les nerfs ciliaires longs. La section de ceux-ci abolit l'effet dilatateur de l'excitation du cordon cervical.

4° La plus grande partie, de beaucoup, des dilatateurs pupillaires se trouve dans le cordon cervical, car l'excitation de ce nerf, après section du trijumeau en amont du ganglion de Gasser, produit encore la dilatation maxima.

5° Cependant, il y a des dilatateurs pupillaires, qui atteignent l'œil par la voie cérébrale, car après la section du cordon cervical et l'extirpation du ganglion cervical supérieur, l'excitation des nerfs sensibles

n'en provoque pas moins, par voie réflexe, une dilatation pupillaire faible et tardive.

6° Le centre des dilatateurs pupillaires est dans le cerveau. Il n'y a pas de raison d'admettre un centre oculo-pupillaire médullaire, car la section de la moelle au-dessous du bulbe supprime la dilatation pupillaire réflexe provoquée par l'excitation du sciatique.

7° La présence de dilatateurs pupillaires dans le nerf vertébral est impossible à démontrer. DASTRE.

Sur les voies d'écoulement de l'humeur aqueuse, par C. STADERINI (*Archives italiennes de biologie*, *XVII*, *p.* 332, *et Lo Sperimentale*, *XLVI*, *fasc.* 1).

Voici les conclusions de ce travail : 1° L'humeur aqueuse provient de la chambre postérieure et s'écoule par la pupille dans la chambre antérieure; 2° Le courant d'écoulement de l'humeur aqueuse court lentement et régulièrement dans une direction radiée de la pupille vers l'angle irido-cornéal; 3° Le canal de Fontana présente la structure anatomique et les conditions physiques propres à permettre que l'humeur aqueuse s'écoule par filtration dans les vaisseaux veineux de l'anneau scléro-cornéal; 4° Tout en n'admettant pas l'existence d'un véritable canal lymphatique prenant origine dans l'espace de Fontana, on ne peut douter que quelques petits espaces de ce genre, partant du canal de Fontana, ne pénètrent dans les tissus. Ces voies interviendraient pour la résorption des produits pathologiques de la chambre antérieure; 5° L'iris participe à la résorption des éléments corpusculaires déposés dans la chambre antérieure; 6° La résorption dans la chambre antérieure est hâtée notablement par la phytostigmine et retardée par l'atropine.

DASTRE.

In wieweit sind die Symptome... (Jusqu'à quel point les symptômes que l'on observe après la destruction du cervelet peuvent-ils être rapportés à une destruction du nerf acoustique), par B. LANGE (*Archiv für die gesammte Physiologie*, *L*, *p.* 615, 1891).

L'auteur pratique chez des pigeons l'ablation presque totale du cervelet. Et lorsque les symptômes permanents de cette opération subsistent seuls (démarche oblique, tremblement céphalique, titubation, décoloration des fèces), il exécute les opérations de destruction du labyrinthe. Les symptômes des deux lésions se superposent; la lésion du labyrinthe a ses effets plutôt exagérés. Même chose lorsque l'on pratique les opérations dans l'ordre inverse. Lange contredit donc les conclusions de Baginsky et de Loeb qui rapportent aux altérations du nerf acoustique les effets des lésions du cervelet. DASTRE.

Beiträge zur Physiologie des Ohrlabyrinths auf Grund von Versuchen an Taubstummen (Physiologie du labyrinthe d'après des recherches sur les ds-muets), par A. KREIDL (*Archiv für die gesammte Physiologie*, *LI*, *p.* 119, 1892).

Les sourds-muets ne seraient point sujets au vertige de rotation, d'après James. Kreidl s'est proposé de vérifier cette assertion, en examinant 109 enfant sourds-muets, et en cherchant si, soumis à la rotation,

ils présentent les mouvements compensateurs de l'œil. Dans la moitié des cas ces mouvements compensateurs ont fait défaut et, d'autre part, l'on sait que c'est également dans la moitié des cas que la surdi-mutité coïncide avec une altération de la fonction du labyrinthe. Celui-ci serait donc l'organe de perception pour les mouvements de la tête et du corps.

On sait aussi le changement de la verticale apparente chez l'homme sain soumis à un mouvement circulatoire horizontal (carrousel, chevaux de bois). Chez les enfants sourds-muets, 13 sur 62, n'ont pas manifesté cette illusion. Ce fait est conforme à l'opinion de Breuer qui lui donne pour point de départ le mouvement des otolithes. Les mêmes enfants ne peuvent se tenir sur une jambe ou marcher droit lorsqu'ils ont les yeux fermés. La démarche des sourds-muets est d'ailleurs particulière. Tous ces faits concordent avec l'hypothèse que le labyrinthe de l'oreille serait un organe d'équilibration. DASTRE.

Untersuchungen über die Zahlen-und Regenerationsverhältnisse der Spermatozoïden bei Hund und Mensch (Recherches sur le nombre et la régénération des spermatozoïdes chez le chien et chez l'homme), par A. LODE (*Archiv f. die gesammte Physiologie, L, p.* 278, 1891).

L'auteur se propose de compter les spermatozoïdes. Il étend le sperme de 4 fois son volume d'une solution de potasse à 2/1000 additionnée d'une solution de bleu de méthyle à 1/100. On procède comme pour la numération des globules du sang. Il n'y a point de relation entre le point spécifique du liquide séminal et le nombre des spermatozoïdes. Dans un millimètre cube de sperme de chien il y a en moyenne 61,795 spermatozoïdes, et dans la semence d'une éjaculation 55,778,000. Deux jours après des éjaculations répétées le nombre des spermatozoïdes est considérablement augmenté, doublé, quintuplé. Le temps nécessaire à la reconstitution du liquide séminal après une éjaculation est de trois à quatre jours. Chez l'homme, la moyenne du volume serait de 3,373 centimètres cubes : la quantité de spermatozoïdes de 60,876 par millimètre cube; le nombre total d'une éjaculation 226,257,900. Les excitations sexuelles augmentent la reproduction de la liqueur. L'ablation d'un testicule diminue de moitié la quantité fournie par l'autre, chez le chien; bien que le nombre des spermatozoïdes par millimètre cube soit augmenté, somme toute il y a une diminution. Une évaluation statistique moyenne amène à ce résultat que pour une vésicule de Graaf de la femme il y aurait 848,463,750 spermatozoïdes. DASTRE.

CHIMIE MÉDICALE.

Verbesserte Methode der colorimetrischen Bestimmung des Blutfarbstoffgehaltes in Blut und in anderen Flüssigkeiten (Méthode améliorée pour le dosage de la matière colorante du sang dans le sang et les autres liquides), par F. HOPPE-SEYLER (*Zeitschrift f. physiologische Chemie, XVI, p.* 505).

Le principe de la méthode consiste à juxtaposer dans deux cuves de

verre à faces parallèles une solution titrée d'hémoglobine oxycarbonique et une solution du sang à examiner après avoir saturé cette dernière d'oxyde de carbone : on étend progressivement d'eau l'une des deux solutions jusqu'à obtenir une identité complète de coloration. Cette manipulation exige un appareil spécial, pour la description duquel nous sommes obligés de renvoyer au mémoire original.

La solution type d'hémoglobine oxycarbonique peut se conserver sans altération pendant des années entières : au moment de s'en servir, on l'étend d'eau de façon à ce qu'elle contienne $0^{gr},200$ d'hémoglobine oxycarbonique pour 100 centimètres cubes, et on la sature encore d'oxyde de carbone,

La solution du sang à examiner s'obtient en pesant le sang (quelques gouttes suffisent), étendant d'eau alcalinisée par une goutte de soude, battant avec une baguette de verre, saturant par l'oxyde de carbone et filtrant.

L'eau qui sert à étendre les solutions au moment des déterminations doit être également saturée d'oxyde de carbone. AD. F.

Studien über die chemischen Processe in der Magenschleimhaut (Études sur les processus chimiques dans la muqueuse de l'estomac), par L. LIEBERMANN (*Archiv f. die gesammte Physiologie, L, p.* 25, 1891).

La muqueuse de l'estomac du porc soumise à la digestion artificielle produit une espèce de nucléine qui, en réalité, est une combinaison d'albumine et de lécithine, ayant son origine vraisemblablement dans les noyaux cellulaires de la muqueuse, car elle se colore par les mêmes agents que ces noyaux. Cette substance est insoluble dans l'eau, dans les acides étendus, l'alcool et l'éther. Sa réaction est nettement acide au tournesol. Elle gonfle dans les alcalis et s'y dissout à chaud. Elle contient du soufre, du phosphore. La cendre est ferrugineuse. La muqueuse peut fixer la soude du carbonate de soude ; l'acide carbonique mis en liberté peut séparer de l'acide chlorhydrique du chlorure de sodium. Cet acide carbonique contenu dans les sucs de la muqueuse formerait l'acide chlorhydrique aux dépens du chlorure de sodium. L'acide diffuse à la surface, puis dans les vaisseaux veineux et lymphatiques. Le carbonate de soude qui prend naissance est fixé par la lécithalbumine et cette combinaison ralentit l'attaque. Puis elle est détruite par l'acide carbonique, à son tour, la lécithalbumine reconstituée, le carbonate de soude éliminé à la surface muqueuse et par les vaisseaux sanguins.

DASTRE.

Ueber die Bestimmung freier Salzsäurene ben säuren Phosphaten (Détermination de l'acide chlorhydrique libre en présence des phosphates acides), par J. WAGNER (*Archiv f. die gesammte Physiologie, L, p.* 375, 1891).

Léo a proposé une méthode qui consiste à déterminer l'acidité totale puis à neutraliser avec le carbonate de chaux, à chasser l'acide carbonique par ébullition, puis à déterminer l'acidité due aux phosphates acides.

Il suppose que l'acide chlorhydrique est complètement saturé par le carbonate de chaux, tandis que le phosphate acide ne l'est pas. Cette

dernière assertion ne serait pas exacte, l'auteur ayant trouvé dans les conditions où il opérait que 30 0/0 du phosphate étaient neutralisés. Le second reproche de l'auteur à la méthode de Léo, c'est qu'il est très difficile de reconnaître la fin de la réaction. DASTRE.

Note sur la coagulation par la chaleur des albumines du sérum du bœuf, par J. CORIN et G. ANSIAUX (*Bulletin de l'Acad. royale de Belgique, XXI, p.* 345, 1891).

Le sérum du bœuf était préalablement débarrassé des globulines par le sulfate de magnésie. On soumettait le sérum à un échauffement progressif et qui pouvait être facilement maintenu au degré désiré. Si l'on dilue la solution albumineuse, on peut ralentir la coagulation pendant une à deux heures. Les sels abaissent le point de coagulation. Le trouble, l'opalescence, est un premier stade de la coagulation. Celle-ci manifestée par la formation de flocons se produit à la même température que l'opalescence, si on la maintient assez longtemps. Au début ces flocons se dissolvent facilement si l'on agite et si l'on refroidit la liqueur. Plus tard, cette redissolution est impossible dans la liqueur même : mais elle est encore possible dans l'eau distillée. La solubilité des flocons est en raison inverse de la durée d'action de la température de formation.

On peut utiliser cette propriété pour séparer par coagulation fractionnée les différentes albuminoïdes du sérum. L'albumine β se coagule entre 73-74° ; l'albumine γ entre 79-80°. Le sulfate d'ammoniaque abaisse ces températures de quelques degrés. DASTRE.

Sur la différenciation des matières albuminoïdes, par DUCLAUX (*Annales de l'Institut Pasteur, n°* 5, 1892).

Pour prouver l'insuffisance des méthodes actuelles de différenciation des albuminoïdes, qui conduisent à donner les mêmes noms à des substances différentes et des noms différents à la même substance, Duclaux a cherché une matière homogène bien caractérisée chimiquement se comportant vis-à-vis des sels neutres comme les matières albuminoïdes (précipitant sa dissolution par à-coups).

Il a vu que les alcaloïdes, et en particulier le sulfate de quinine traité par le sulfate d'ammoniaque ou le sulfate de magnésie en poudre fine, peuvent donner jusqu'à six précipités, séparés par autant d'intervalles pendant lesquels l'addition de sel ne trouble nullement la liqueur. Voilà donc, si l'on accepte comme exacte la méthode de différenciation des albuminoïdes, six membres de la famille du sulfate de quinine. Ce chiffre varie avec les sels employés.

Or, à quelque genre de précipitation qu'ils appartiennent, tous ces précipités sont des cristaux aciculaires de sulfate neutre ne retenant aucune partie appréciable du sel qui en détermine le dépôt, ce qu'un cristal quelconque emporte de ses eaux-mères ; il n'y a aucune combinaison chimique à proprement parler.

Et il y a une foule d'aléas, proportions et solutions de la matière à précipiter, etc.

Duclaux se défend de vouloir prétendre qu'il n'y a qu'une seule matière albuminoïde. il croit au contraire qu'il y en a beaucoup mais il

croit aussi que l'imagination de l'homme et une mauvaise méthode de travail en ont créé encore davantage et que les espèces qu'on nous présente comme chimiques sont le plus souvent des espèces chimériques.

PAUL TISSIER.

Die Salicylsulfonsäure in Bezug auf ihren Werth als Eiweissreagens......, par Josef NEUMANN (*Berlin* 1891 *et Hyg. Rundsch., II*, 149).

G. Roch a le premier indiqué la valeur de l'acide salicylsulfonique comme réactif clinique de l'albumine. On l'emploie à froid, sous forme de cristaux. Il résulte des essais de Neumann que sa sensibilité est supérieure à celle du réactif composé de ferrocyanure de potassium et d'acide acétique ; il décèle jusqu'à un centième 0/0 d'albumine dans l'urine.

Mais l'albumine qu'il précipite est celle du sérum, et il est incapable de précipiter la totalité de l'albumine du sang ou d'un liquide ascitique. En revanche, il précipite non seulement la totalité de l'albumine de l'urine, mais aussi toute celle du lait, ce qui indique son emploi pour l'hygiène alimentaire.

J. B.

Ueber das Vorkommen des Pentamethylendiamins in Pankreasinfusen (Présence de la pentaméthylediamine dans les infusions de pancréas), par P. WERIGO (*Archiv für die gesammte Physiologie, LI, p.* 362).

On fait macérer la glande fraîche, hachée finement avec de l'eau chloroformée. On filtre et l'on sature avec l'acide picrique en poudre. Il se sépare une petite quantité de cristaux jaunes, rhombiques, qui sont une combinaison de la pentaméthylediamine ou cadavérine de Brieger avec l'acide picrique. Ce corps résulterait d'une auto-digestion ou d'une fermentation analogue malgré la présence du chloroforme.

DASTRE.

Présence du phosphate d'alumine dans l'urine, par R. JAMIN et A. GIRARD (*Ann. des mal. gén.-urin., décembre* 1891).

En procédant à l'analyse de l'urine d'un malade, atteint de rétrécissement de l'urètre, Jamin et Girard ont constaté d'une façon indubitable la présence du phosphate neutre d'alumine, bien que ce sel n'ait jamais été signalé parmi ceux qu'on peut rencontrer dans l'urine. L'alumine, ainsi constatée, ne provenait certainement pas de l'alimentation du malade.

A. C.

Ueber die quantitative Bestimmung geringer Mengen von Kalk (Dosage de petites quantités de chaux), par M. KRÜGER (*Zeitschrift f. physiologische Chemie, XVI, p.* 445).

La méthode proposée consiste à précipiter la chaux à l'état d'oxalate (en opérant au bain-marie), à recueillir le précipité au bout de 24 heures, à le dissoudre après lavage dans l'acide sulfurique étendu et chaud (5 cc. d'acide pour 100 cc. d'eau), et à doser dans la solution l'acide oxalique à l'aide d'une liqueur titrée de permanganate de potassium.

Ce procédé s'applique avec une exactitude suffisante au dosage de très petites quantités de chaux (correspondant par exemple à 1-3 milligrammes de carbonate) telles que celles que l'on rencontre dans les tissus ou dans les humeurs de l'organisme.

AD. F.

Sur un procédé de dosage volumétrique rapide des peptones dans les urines, par ROUX (*Journal de pharmacie et de chimie*, *XXV*, *p.* 544).

Si l'on traite une urine renfermant des peptones par la liqueur de Fehling, on voit la couleur de ce réactif passer du bleu au violet, puis au lilas, au rose pourpre et enfin au gris.

L'auteur prend pour terme de la réaction la teinte rose pourpre, que l'on arrive à percevoir aisément, et qui, de plus, est persistant. Il effectue le dosage des peptones comme un dosage de glucose, mais en opérant à froid, à l'aide d'une liqueur cupropotassique étendue au dixième : 1 centimètre cube de liqueur de Fehling exige 40 centigrammes de peptone pour passer au rose pourpre, à la température de 15°. AD. F.

Études bactériologiques sur l'urine des typhiques, par SILVESTRINI (*Rivista gener. ital. di clinica medica*, *n°* 6, *p.* 130, 1892).

Les recherches de Silvestrini ont porté sur les urines de 7 typhiques; de toutes il a pu isoler un bacille donnant sur agar et gélatine des colonies pouvant être rapportées soit au bacille typhique, soit au bactérium coli, et institué ensuite des expériences à l'effet de déterminer la nature exacte du microbe isolé.

Avant d'effectuer ces recherches, Silvestrini a examiné au point de vue bactériologique trois urines d'individus sains, et cinq de malades atteints, l'un de kyste hydatique du foie, un autre d'épilepsie, un troisième de lithiase biliaire, un quatrième de cancer du cardia, et un cinquième de névrite; il ne trouva de micro-organismes que dans une seule urine, celle du cancéreux. Un centimètre cube de cette urine mélangé à 10 centimètres cubes de gélatine donna sur plaques de petites colonies d'un bacille présentant toutes les réactions caractéristiques du bacterium coli.

Quant au bacille isolé des urines des typhiques, il a été impossible de le différencier exactement, car si plusieurs caractères de ce bacille se rapportaient au bacille typhique, d'autres se rapportaient au bactérium coli ou réciproquement. Chez deux malades, le 15e et le 12e jour de la convalescence, Silvestrini a obtenu d'abondantes colonies d'un bacille présentant les réations caractéristiques du bacterium coli, bien que celui retiré de l'urine du second malade ne coagulât pas le lait. Même pendant la période fébrile il a retiré des urines le bacterium coli, mais n'a pu obtenir le bacille typhique, de sorte que l'on peut se demander pourquoi, si le bactérium coli passe accidentellement dans l'organisme des typhiques, il y a élimination abondante de ce bacille par tubes urinifères, alors que le bacille pathogène ne passe pas. G. LYON.

Des ptomaïnes urinaires dans le goitre exophtalmique, par BOINET et SILBERT (*Revue de médecine*, *p.* 33, *janvier* 1892).

Boinet et Silbert on retiré de l'urine d'une femme atteinte de goitre exophthalmique avec troubles moteurs et cardiaques particuliers ; trois ptomaïnes extraites les unes en milieu alcalin, les autres en milieu acide.

Celles de la première série ont été dissoutes à l'aide de l'alcool amylique, la benzine et l'éther; celles de la deuxième série ont été dissoutes successivement dans l'alcool amylique et dans l'éther.

Chacune des ptomaïnes de la première série possède des propriétés physiologiques particulières.

La ptomaïne *amylique* amène le ralentissement du cœur, l'affaiblissement de la systole, l'arythmie, l'augmentation de la phase diastolique et l'arrêt du cœur en diastole, elle est convulsivante.

La ptomaïne *benzinique* entraîne d'abord une diminution passagère de l'énergie systolique, puis une augmentation transitoire de l'ampleur systolique; plus tard survient un affaiblissement de la systole et une augmentation de la phase diastolique. Sous l'influence de nouvelles doses, les systoles se rapprochent et deviennent plus énergiques. Son action cardiaque est moins marquée que celle de la ptomaïne précédente, elle est plus convulsivante.

La ptomaïne *éthérée* produit un ralentissement des battements du cœur avec une diminution de l'énergie systolique, puis une accélération des battements du cœur avec augmentation de l'ampleur de la systole, enfin survient un affaiblissement cardiaque avec arythmie parfois. Elle provoque, à l'inverse des précédentes, l'arrêt du cœur en systole. Elle détermine au début de l'hyperexcitabilité musculaire et plus tard des mouvements convulsifs.

Les ptomaïnes de la deuxième série ont une action un peu différente.

La ptomaïne *amylique* entraîne une augmentation passagère de l'énergie systolique, suivie de l'affaiblissement des battements cardiaques et d'arythmie : l'arrêt du cœur a lieu en diastole. Cette ptomaïne paralyse la fibre motrice, tandis que la ptomaïne amylique de la première série est surtout convulsivante.

Si la ptomaïne *éthérée* produit plus rapidement la résolution musculaire que la ptomaïne éthérée de la précédente série, elle a, par contre, une action plus nette et plus considérable sur l'augmentation d'amplitude des systoles. C. GIRAUDEAU.

Contribution à l'étude des procédés de dosage de l'acide urique, par E. DEROIDE (*Thèse de Lille*, 1891).

Les procédés de dosage de l'acide urique fondés sur la précipitation de ce corps au moyen de l'acide chlorhydrique ou de l'acide acétique cristallisable doivent être absolument rejetés : la précipitation est toujours incomplète; de plus, la quantité d'acide urique qui échappe au dosage peut varier dans des limites très étendues suivant la nature de l'urine examinée. L'emploi du coefficient de correction établi par Zabelin et par Schwauert est, pour cette raison, tout à fait illusoire.

Le procédé de Salkowski perfectionné par Ludwig donne des résultats très précis; il consiste à précipiter l'acide urique sous la forme d'un urate double d'argent et de magnésium, qu'on lave à l'eau ammoniacale et qu'on décompose ensuite par le sulfure de sodium : on obtient ainsi une solution d'urate de sodium qui, acidifiée par l'acide chlorhydrique et concentrée à un petit volume, laisse déposer par refroidissement l'acide urique. Ce dernier est lavé, séché et pesé. On doit, d'après Deroide, appliquer dans cette dernière opération un coefficient de correction : la perte serait de $1^{mgr},9$ avec un volume moyen de 60 centimètres cubes pour les eaux usées et les eaux de lavage. Malgré sa complication et les

précautions minutieuses qu'il exige, le procédé Salkowski-Ludwig donne des résultats remarquablement constants.

Le procédé Haycraft-Herrmann consiste à dissoudre le précipité d'urate argentique dans l'acide nitrique et à doser l'argent combiné, au moyen d'une liqueur de sulfocyanate alcalin en présence d'alun de fer. Deroide a constaté que cette méthode fournit des résultats constants pour une même urine, et qu'elle est d'une exécution facile et rapide ; mais elle donne en moyenne 22 0/0 d'acide urique en plus que le procédé pondéral. Cet écart est dû à ce que l'excès d'argent entraîné dans le précipité est combiné avec des corps de la série xanthique. AD. F.

Note sur la toxicité des urines chez les épileptiques, avant, pendant et après les accès paroxystiques, par J. VOISIN (*Soc. méd. des hôpitaux, 24 juin* 1892).

Voisin a recueilli chez des épileptiques avérés l'urine totale des 24 heures, et en a fait des injections dans les veines de lapins. Il a fait en tout 17 injections avec les urines de 6 malades et il a constaté : 1° avant les accès en série, un abaissement notable de la toxicité urinaire; 2° pendant la série, un abaissement moins marqué; 3° après la série, la toxicité dépasse la normale. Chez les malades atteints de troubles mentaux il y a une hypotoxicité constante. H. L.

Ueber das Verhalten der Harne... (Réactions de l'urine vis-à-vis du chlorure de benzoyle dans les maladies infectieuses), par KERRY et KOBLER (*Wien. klin. Woch., n°* 29, 1891).

Si l'on agite avec du chlorure de benzoyle et de la soude l'urine provenant de malades atteints de fièvre typhoïde, de tuberculose, de pneumonie, de diphtérie, de pyohémie, on voit se former un précipité ; celui-ci filtré, lavé, est repris par l'alcool absolu ; on ajoute à cette solution une grande quantité d'eau et l'on voit se produire un trouble prononcé de couleur jaune rouge, qui souvent se dépose sous forme d'un précipité cristallin. L'urine normale ne donne qu'une très légère opalescence. Les urines de la défervescence montrent au contraire ce phénomène d'une manière très intense, comme si à ce moment l'organisme se débarrassait des substances toxiques qu'il contient.

Le précipité donne lieu aux réactions des alcaloïdes ; il contient de l'azote, mais ce n'est pas de la benzamide. Injecté aux animaux à petite dose, il agit sur eux d'une manière toxique. LEFLAIVE.

Notiz über das chemische Verhalten des Nierenparenchyms (Note sur la réaction chimique du parenchyme rénal), par L. LIEBERMANN (*Arch. f. die ges. Physiologie, L, p.* 55).

Le tissu du rein a une réaction acide qui ne disparaît point par le lavage. Si, préalablement au lavage, on a fait agir un courant de CO^2, la réaction acide est encore plus marquée. Si l'on traite par la soude, le tissu même lavé offre une réaction alcaline énergique. Le courant de CO^2 rétablit la réaction acide. Toutes ces réactions du rein sont analogues à celle de la muqueuse gastrique. La digestion artificielle laisse une

substance analogue à la lécithalbumine. Celle-ci lavée sur le filtre avec une solution d'urate de soude ou de phosphate de soude, laisse un filtrat acide. L'auteur voit là l'explication du fait que le rein tire une urine acide, d'un sang alcalin. C'est l'insuffisance de cette lécithalbumine qui expliquerait l'alcalinité de l'urine des herbivores et les dépôts pathologiques d'urates et de gravelle. DASTRE.

Mengenverhaltniss des Acetons (Variations quantitatives de l'acétone), par ENGEL (*Zeitsch. für klin. Medicin, XX, p.* 514-533).

La quantité d'acétone varie à l'état normal de 6 à 18 milligrammes dans l'urine des 24 heures. Le régime carné augmente beaucoup cette proportion mais l'augmentation apparaît au bout de 48 heures seulement. Son apparition est immédiate chez les diabétiques.

Chez une diabétique, les analyses de Engel montrent une proportion moyenne de 23 millimètres d'acétone par jour. Cette quantité se maintient par l'emploi d'alcalins à doses massives. La diète carnée l'augmenta à peine. Une alimentation pauvre en albuminoïdes, riche en hydrocarbure, fit au contraire tomber la moyenne à 13 milligrammes. La fièvre n'augmentait pas chez elle la quantité d'acétone.

Les recherches sur l'acétonurie dans diverses affections fébriles ont montré : 1° la constance d'une acétonurie très marquée ; 2° l'absence de relation entre l'acétonurie et l'élévation thermique ; 3° des variations très grandes dans la quantité d'acétone pour une même maladie avec une hyperthermie.

Enfin l'acétonurie a été observée dans diverses intoxications, (antipyrine, morphine, plomb). A.-F. PLICQUE.

Die klinische Bedeutung der Urobilinurie, par KATZ (*Wien. med. Wochenschr., n*os 28 *à* 32, 1891).

Voici comment se recherche la présence de l'urobiline dans les urines. On verse dans une éprouvette 20 à 25 centimètres cubes d'urine, que l'on additionne de 5 centimètres cubes de choroforme. Après agitation et repos, on décante le chloroforme que l'on évapore au bain-marie. Le résidu est traité par de l'ammoniaque alcoolisée, puis par une solution de chlorure de zinc en excès. Après filtration, on examine le liquide obtenu au point de vue de la fluorescence (verte) et de l'analyse spectrale (raies d'absorption nettes et caractéristiques entre *b* et F). La coexistence de ces deux derniers signes sert à caractériser l'urobiline.

L'urobilinurie est due à un trouble des fonctions de nutrition du foie. Constante et persistante, elle indique une altération persistante du foie. Passagère, elle indique un trouble passager hépatique. C'est ainsi qu'elle est passagèrement déterminée par la fièvre, par certaines intoxications (tuberculine) qui font circuler dans le sang des produits toxiques ; elle s'observe aussi dans l'ictère et la cholélithiase, par suite des troubles circulatoires consécutifs à la compression des vaisseaux sanguins par les voies biliaires distendues. LEFLAIVE.

Zur Kenntniss der Verhaltens der Gallus-und Gerbsäure im Organismus (Transformation dans l'organisme des acides gallique et tannique), par C. T. MORNER (*Zeitschrift f. physiologische Chemie, XVI, p.* 255).

Après ingestion d'acide gallique, on voit apparaître dans l'urine une certaine quantité de ce produit, que l'on peut isoler de l'état cristallisé en acidulant l'urine par l'acide sulfurique et en l'épuisant par l'éther. La quantité d'acide gallique retrouvée augmente avec la quantité de substance ingérée sans lui être proportionnelle; pour les doses de 2 à 6 grammes, on en retrouve de 20 à 30 0/0. Les fèces ne contiennent pas traces d'acide gallique.

Le tannin paraît s'oxyder entièrement dans l'organisme; on ne le retrouve ni dans l'urine ni dans les fèces. Parfois, après ingestion de fortes doses de tannin (8 gr.), on retrouve dans l'urine une trace d'acide gallique. AD. F.

Ueber die Bildung von Milchsäure und Glycose im Organismus bei Sauerstoffmangel (Formation d'acide lactique et de glucose dans l'organisme par défaut d'oxygène), 3e mémoire, par T. ARAKI (*Zeitschrift f. physiologische Chemie, XVI, p.* 453).

Le refroidissement artificiel détermine chez le lapin et chez le chien l'apparition dans l'urine d'albumine, de sucre et d'acide lactique. Les animaux en expérience avaient été plongés dans la neige jusqu'à ce que leur température rectale fût abaissée à 26 ou 25°, puis replacés immédiatement dans des enceintes à la température ordinaire.

L'injection sous-cutanée de 1/10 de milligramme de vératrine en solution alcoolique provoque chez la grenouille la production par l'urine de glucose et d'acide lactique. (Voy. XXXVIII, 456.) AD. F.

Ueber das Verhalten der Milch und ihrer wichtigsten Bestandtheile bei der Fäulniss (Action du lait et de ses principaux éléments sur la putréfaction), par WINTERNITZ (*Zeitschrift f. physiologische Chemie, XVI, p.* 460-488).

Lorsqu'on abandonne à l'abri de l'air, à la température de 30°, des macérations de chair musculaire ou de pancréas additionnées de lait, on constate que ces mélanges ne renferment pas trace de phénol, d'indol, de scatol, de leucine ni de tyrosine, même au bout de quatre jours. La caséine ne joue pas le même rôle que le lait et n'empêche pas comme lui la formation de ces produits de putréfaction.

Chez un chien soumis à la diète lactée, les urines renferment environ 3,7 fois moins de phénols-sulfates que chez l'animal nourri à la viande; on constate en outre que les fèces fraîches ne contiennent (dans la diète lactée) ni indol, ni scatol, ni phénol. Il en est d'ailleurs de même pour les fèces des nourrissons.

L'auteur conclut de là que le lait empêche ou ralentit dans une certaine mesure la putréfaction des albuminoïdes. AD. F.

Ueber Thymolglycuronsäure (Sur l'acide thymolglycuronique), par F. BLUM (*Zeitschrift f. physiologische Chemie, XVI, p.* 514).

L'injection de thymol donne aux urines une coloration très foncée et y fait apparaître l'acide thymolglycuronique. Ce dernier peut être isolé à

l'état de dérivé dichloré : il suffit d'additionner l'urine du tiers de son volume d'acide chlorhydrique concentré, puis de la même quantité d'une solution étendue d'hypochlorite de sodium: au bout de 4 jours, on recueille le précipité cristallisé qui s'est déposé, on le lave à l'eau froide, on le dissout dans la soude, on épuise la solution alcaline par l'éther tant que ce réactif se colore, et on reprécipite la liqueur alcaline par l'acide sulfurique.

L'acide dichlorothymolglycuronique $C^{16}H^{22}Cl^{2}O^{8}$ se ramollit à 116° et fond à 125-128°; il est lévogyre. Il ne réduit ni la solution ammoniacale d'argent ni le réactif cupropotassique.

Chez l'homme, l'ingestion de 1 gramme de thymol permet de réaliser la préparation de l'acide dichlorothymolglycuronique ; chez le chien au contraire une dose de 4 grammes ne conduit qu'à un résultat négatif. AD. F.

Sputum insbesondere des Asthmatischen und Pathologie des Asthma bronchiale (Les crachats dans l'asthme, pathogénie de l'asthme), par A. SCHMIDT (*Zeitsch. für klin. Medicin, XX, p.* 476-500).

Les filaments spirales décrits par Curschmann ont été observés par Schmidt dans de nombreuses affections : pneumonie, bronchites capillaires, bronchites aiguës ou chroniques sans accidents d'asthme. Ces filaments spirales signifient donc simplement qu'il existe une inflammation exsudative des plus fines bronches et n'ont pas de valeur pathognomonique. Leur centre paraît certainement formé de mucine et non de fibrine.

Les cellules éosinophiles de Müller ont été rencontrées dans les crachats non seulement d'asthmatique mais de bronchitique. Elles sont très nombreuses dans la bronchite fibrineuse, beaucoup moins nombreuses dans la fausse membrane diphtéritique, extrêmement rares dans les crachats tuberculeux. Elles n'ont pas plus que les cristaux de Charcot-Leyden, de signification spéciale.

L'élément spasmodique nerveux paraît donc être bien plus que l'élément bronchitique, la caractéristique dominante de l'accès d'asthme.

A.-F. PLICQUE.

Sur la conservation de l'oxyhémoglobine à l'abri des germes atmosphériques, par L. FREDERICQ (*Travaux du laboratoire de physiologie de Liège, p.* 109, 1890).

Si les germes extérieurs ont été exclus, l'oxyhémoglobine (en solution et en cristaux) se conserve intacte pendant assez longtemps et se transforme ensuite graduellement en méthémoglobine. Au contraire, la matière colorante du sang se réduit toujours en présence des germes atmosphériques et l'oxygène finit par en disparaître complètement.

DASTRE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

De quelques altérations du foie à la suite de l'extirpation du ganglion cœliaque,

par **A. BONOME** (*Archives italiennes de biologie, XVII, p.* 274, 1892, *et La Riforma medica, VIII, I, n°* 37).

A la suite de l'ablation du plexus cœliaque, l'auteur a observé des altérations du foie, chez les lapins : augmentation de volume, mollesse, aires décolorées alternant avec des aires rouges. Ces altérations sont de nature trophique et de nature circulatoire : elles consistent dans la nécrobiose des cellules hépatiques avec désagrégation successive, dans les parties périphériques des acini hépatiques. Les désordres circulatoires consistent en fortes ectasies des capillaires interlobulaires et en véritables infiltrations hémorragiques. Ces phénomènes paraissent dépendre d'une diminution de pression dans la veine porte et surtout dans l'artère hépatique, c'est-à-dire d'une dilatation nevro-paralytique des artérioles hépatiques et des capillaires correspondants. L'extirpation du plexus cœliaque équivaudrait à une ligature incomplète de l'artère hépatique. Il y aurait, en résumé, dans le plexus cœliaque, des fibres trophiques et vasomotrices pour le foie, dont la destruction produit des phénomènes de nécrobiose et des infiltrations hémorragiques diffuses. L'extirpation provoque, de plus, une diminution considérable de l'élimination de l'urée.

DASTRE.

Sur la prétendue acétonurie produite par l'extirpation du plexus cœliaque, par G. VIOLA (*Archives italiennes de biologie, XVII, p.* 336, *et Atti dell Accad. medica chirurg. di Perugia, III*, 4, 1891).

L'auteur reprend les expériences de Lustig sur l'acétonurie due à l'ablation du plexus cœliaque. Il conclut que, dans l'urine normale des herbivores et carnivores il existe une substance qui donne la réaction de Legal, mais avec des caractères spéciaux : cette substance ne doit être confondue ni avec l'aldéhyde ni avec l'acétone, ni avec l'acide éthyldiacétique. — Cette substance ne donne point la réaction de Reynold. L'ablation du plexus cœliaque ne modifie en rien, sous ce rapport, les propriétés de l'urine. DASTRE.

I. — Ulteriori esperienze intorno alla ghiandola tiroide (Nouvelles expériences à propos du corps thyroïde), par G. VASSALE (*Rivista sper. di freniatria p.* 81, *et Archives italiennes de biologie, XVII, p.* 173, 1892).

II. — Sur la valeur des injections de suc de thyroïde chez les chiens thyroïdectomisés, par R. SCHWARZ (*Archives italiennes de biologie, XVII, p.* 330, *et Lo Sperimentale, XLVI, fasc.* 1).

I. — L'auteur a signalé (1890) que l'injection intraveineuse d'extrait aqueux de thyroïde confère à l'animal une immunité temporaire contre la cachexie strumiprive et, dans quelques cas d'injections répétées, une immunité persistante. Les injections de suc testiculaire n'avaient pas d'effet. Gley (24 avril 1891) a vu le même phénomène.

L'auteur a complété son étude. Il a vu que le suc thyroïdien agit aussi par injection péritonéale. Il perd ses propriétés par l'ébullition. Il les

conserve avec la glycérine. Les injections de suc testiculaire, de serum sanguin, n'ont pas les mêmes effets physiologiques que le suc thyroïdien. Un chien guéri par ces injections présente cependant moins de résistance aux causes morbigènes banales, aux changements de température. Murray et Beatty ont obtenu une amélioration du myxœdème chez des femmes, au moyen des injections de suc de glande thyroïde. Fenwick (1891) a vu, chez l'homme, les injections produire une diurèse forte et prolongée.

L'urée, en injection sous-cutanée ou veineuse, exerce une action utile chez les chiens en proie à la cachexie strumiprive, mais incomplète et passagère. L'urée exerce une action vaso-dilatatrice et diurétique. Mais l'action diurétique n'explique pas le bon effet de cette substance, car le nitrate de potasse est tout à fait inactif, quoique fortement diurétique. Cannizaro (1891) aurait eu des guérisons persistantes avec le bromure de potassium et l'alimentation lactée.

L'auteur recherche enfin l'influence du jeûne sur les effets de la thyroïdectomie. Le jeûne modifie l'ensemble de ces phénomènes. Les phénomènes tétaniques sont moins violents, la dysnée absente. L'intensité de l'échange matériel diminuant avec le jeûne, on peut supposer qu'il se forme une moindre quantité de substance toxique dans le sang du chien thyroïdectomisé. C'est la théorie dite sécrétoire, aujourd'hui en faveur; elle est en accord avec les expériences de Vassale. L'auteur n'a pas observé de modifications de l'hypophyse : rien du côté des nerfs vagues ; rien du côté du rein : rien de certain du côté des centres nerveux ou des nerfs, malgré les assertions de Rogowitz et Lupo. Il s'agit de troubles fonctionnels.

II. — L'auteur répète sur 17 chiens les expériences de Vassale avec des résultats opposés. L'injection intraveineuse n'a aucune valeur pour arrêter ni pour prévenir la tétanie. Cependant, dans six expériences, l'accès parut mitigé, mais les suites restèrent les mêmes. L'injection endopéritonéale n'a pas donné de meilleurs résultats. L'auteur n'a pas rencontré la diathèse hémorragique des chiens survivants qui ont été traités par le suc thyroïdien. Il a vu dans les hypophyses les modifications mentionnées par Rogowitz.

DASTRE.

I. — Veränderungen im Nervensystem... (Modifications du système nerveux après l'extirpation du corps thyroïde), par J. KOPP (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXVIII*, 2 *et* 3).

II. — Ueber Veränderungen... (Altérations du système nerveux périphérique dans la cachexie strumiprive de l'homme et du singe, ainsi que dans le crétinisme), par Theodor LANGHANS (*Ibidem*).

I. — Kopp examina l'état du système nerveux de deux chiens auxquels Kocher avait enlevé le corps thyroïde. Ces animaux présentèrent tous les symptômes de la cachexie strumiprive : l'un fut sacrifié le 4e jour et l'autre le 7e jour après l'opération. Le système nerveux central et périphérique fut conservé plus d'un an dans le liquide de Muller.

Les altérations du système nerveux périphérique étaient très prononcées sur le second chien; elles consistaient en une série de productions siégeant à la surface intérieure du périnèvre (gaine lamelleuse).

Elles entouraient les faisceaux nerveux sous forme de cylindres creux ou de segments de cylindres. Au point de vue histologique, elles étaient constituées par du tissu conjonctif lamelleux, dans lequel on voyait des cellules d'aspect et de structure caractéristiques. C'étaient des cellules de configuration irrégulière et « grotesque », renfermant chacune 1 à 3 noyaux. Le protoplasma rare était confiné autour du noyau ; le reste du corps cellulaire était représenté par un contenu homogène et transparent, limité par une membrane d'enveloppe. De nombreuses cloisons divisaient la cellule en une série de loges au nombre de 10 à 20.

Sur le chien sacrifié le 4e jour, les foyers d'altération des nerfs étaient moins nombreux et d'une moindre étendue.

Quant au système nerveux central, Kopp trouva les cylindres-axes des fibres à myéline gonflés, de telle sorte qu'ils avaient acquis un diamètre 3 à 4 fois plus notable qu'à l'état normal. Cette altération était surtout prononcée dans le bulbe, dans les faisceaux pyramidaux et allaient en diminuant vers la moelle lombaire.

II. — Chez l'homme et le singe, Ph. Langhans trouva des productions semblables dans le système nerveux périphérique. Il s'agit de trois sujets atteints de *cachexie strumiprive* et morts plusieurs années après que Kocher leur eut extirpé le corps thyroïde. Deux singes auxquels le même chirurgien avait enlevé cet organe présentaient les mêmes lésions. Elles sont, pour ce qui concerne les nerfs périphériques, les mêmes que celles décrites plus haut sur les chiens, mais elles sont plus nettes et plus accentuées.

Les foyers altérés siègent également à la surface interne du périnèvre (gaine lamelleuse des nerfs) ; ils ont une longueur de 1 à 10mm. Ils sont constitués par des faisceaux de fibres conjonctives à direction longitudinale, et sont situés dans un élargissement circonscrit de l'espace lymphatique. L'élément caractéristique est représenté par les cellules vésiculeuses atteignant des dimensions de 0mm,02 à 0mm,03 et offrant les mêmes formes que chez le chien.

Langhans a pu établir le mode de formation des cellules vésiculeuses. Elles proviennent, non pas des globules blancs sortis des vaisseaux, mais de la prolifération de l'endothélium de l'endonèvre (tissu conjonctif intra-fasciculaire). D'abord petites et arrondies, les cellules nouvellement formées présentent, dans leur protoplasma une ou plusieurs vacuoles qui confluent, pendant que le noyau se divise. Plus tard, la substance homogène est subdivisée en une série de logettes par des cloisons qui partent de la membrane d'enveloppe.

Ces éléments s'accumulent dans les espaces lymphatiques du tissu conjonctif intra-fasciculaire et lamelleux.

Une autre altération porte sur les parois vasculaires : les capillaires et les veinules présentent, en dehors de l'endothélium vasculaire, une couche transparente et homogène figurant une adventice et atteignant un diamètre égal à la lumière du vaisseau.

Dans un cas de *crétinisme*, Langhans trouva des lésions semblables dans les nerfs périphériques (nerfs de la langue, du pharynx et du cou, plexus brachial, etc).

En résumé, la thyroïdectomie, l'atrophie ou l'aplasie du corps thyroïde déterminent dans l'organisme les mêmes altérations que celles qui

sont produites par les diverses influences donnant naissance au goitre et au crétinisme. Ces influences de nature peu connue, provoquent d'abord l'hyperplasie du corps thyroïde et semblent activer ses fonctions. Outre les altérations de la peau, des muscles et des os, la cachexie strumiprive amène la prolifération des cellules endothéliales qui se trouvent dans le tissu conjonctif intra-fasciculaire (endonèvre) des nerfs périphériques. ÉD. RETTERER.

Ueber die Aetiologie der Strumitis... (Étiologie de l'inflammation des goitres, comme contribution à l'étude des infections hématogènes), par **E. TAVEL** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er *mars* 1892, *et Rev. méd. Suisse romande*, *mars* 1892).

Tavel distingue la *strumite* ou inflammation du goitre, de la thyroïdite qui est l'inflammation d'un corps thyroïde normal.

Il a fait l'examen bactériologique de 18 goitres enflammés pour des causes très variées : catarrhe intestinal; gastrite aiguë; rectite; fièvre typhoïde; pneumonie; ostéomyélite; infection purulente; infection puerpérale; angine; coryza, etc.; dans les trois derniers cas, la cause est restée inconnue.

Dans 6 cas sur les 18, il n'a pas trouvé de micro-organismes; mais pour 5 d'entre eux, le processus inflammatoire était à peu près terminé; quant au sixième, où il y avait encore de la fièvre, si ni le microscope ni les cultures n'ont pu déceler de micro-organismes, les résultats d'inoculation aux cobayes ont cependant été positifs.

Dans les 12 autres goitres enflammés, il a pu cultiver et inoculer (cobayes, lapins, chats) 8 microbes, différents suivant les cas, et parmi eux 2 bacilles nouveaux qu'il a rencontrés chacun une fois.

Le bacille α de la strumite provoque, suivant l'espèce animale, tantôt une infection locale, tantôt une septicémie suraiguë.

Le bacille β de la strumite détermine une infection locale et des foyers métastatiques, mais pas de septicémie.

Sur des cobayes, Tavel a établi, pour ces deux bacilles, la possibilité d'une infection du corps thyroïde par la voie intestinale. Il a en outre reconnu, sur des lapins, que l'ablation du corps thyroïde augmentait la réceptivité morbide pour le bacille typhoïdique, le staphylocoque doré et les bacilles α et β de la strumite.

Les six autres micro-organismes rencontrés dans les strumites par Tavel, sont: le staphylocoque lancéolé, le bacille banal du colon, le bacille typhoïdique, le staphylocoque pyogène, le streptocoque pyogène et un staphylocoque d'une espèce spéciale. Il est d'ailleurs plus que vraisemblable que des observations ultérieures décéleront encore un certain nombre d'autres agents infectieux de la strumite.

En l'absence de plaie, les microbes ne peuvent parvenir dans un goitre que par la voie sanguine; la strumite est donc une infection métastatique et, occasionnellement, un phénomène de l'infection purulente. J. B.

Ueber Karbolgangrän. Experimentelle Untersuchungen (De la gangrène phéniquée; recherches expérimentales), par **FRANKENBURGER** (*Inaug. Diss., Erlangen*, 1891).

En appliquant sur deux lapins des pansements phéniqués humides

pendant 24 et 48 heures, il s'est produit de la gangrène. En voici le processus. L'épiderme macère et la peau devient perméable. L'acide phénique qui a pu pénétrer détruit les globules rouges et blancs et amène la stase sanguine, puis la thrombose dans les capillaires sous-jacents à la peau. Si l'action de l'acide phénique se continue, il en résulte de la gangrène qui prend le type sec. Ce dernier caractère tient d'une part à ce que la circulation est interrompue au niveau de l'escharre, et, d'autre part, à ce que la destruction de l'épiderme permet l'évaporation des liquides. LEFLAIVE.

Experimental Untersuchungen über Anœmie und Hyperœmie des Gehirn in ihre Beziehung zur Epilepsie (Recherches expérimentales sur l'anémie et l'hyperémie du cerveau dans leurs rapports avec l'épilepsie), par Z. GUTNIKOW (*Archiv für die gesammte Physiologie, XLIX, p.* 609, 1891).

Kussmaul et Tenner ont essayé de démontrer que le point de départ de l'attaque d'épilepsie était dans l'*anémie* du cerveau. Cette opinion a été combattue et à peu près rejetée. Gutnikow la reprend.

Il commence par rappeler le travail de Salathé (1877), l'animal placé sur un appareil giratoire, la tête vers le centre, meurt par anémie cérébrale. Placé en sens inverse, il meurt plus tard par hyperémie cérébrale, Mendel (1884) a énoncé un résultat analogue chez le chien. L'auteur du présent travail prétend que les résultats sont vrais chez l'animal mort et exactement inverses de la réalité chez l'animal vivant. La mort survient en 1 à 2 minutes de rotation (à 108 tours à la minute) : le cerveau est anémié, le cœur distendu par un sang noir et liquide, le foie surchargé de sang, le train postérieur hyperémié. L'inverse se produit si la tête de l'animal est tournée vers le centre. Salathé aurait donc trop tardé à faire l'autopsie de l'animal, en se guidant sur la cessation des mouvements respiratoires. Gutnikow reprend ces expériences sur des cobayes rendus épileptiques par le procédé de Brown-Séquard (excision d'un fragment de nerf sciatique) et tombant en attaques, tantôt sous l'excitation de la zone épileptogène, tantôt spontanément. Les animaux qui avaient été soumis à l'anémie cérébrale, par rotation rapide, la tête étant tournée vers la périphérie, tombaient facilement en attaques. Ceux qui présentaient de l'hyperémie due à la position inverse, n'avaient pas d'accès, même en cas d'irritation de la zone épileptogène : ils étaient inertes, torpides, sans appétit. Ainsi, l'anémie est la condition favorable à l'attaque d'épilepsie, comme l'avaient pensé Kussmaul et Tenner. DASTRE.

I. — Des effets produits chez l'homme par des injections sous-cutanées d'un liquide retiré du testicule frais de cobaye et de chien, par BROWN-SÉQUARD (*C. R. Soc. de biol., p.* 415, 1889).

II. — *Idem*, **seconde note.**

III. — *Idem*, **troisième note.**

IV. — Remarques sur la communication de Variot (*Ibid. p.* 420, 430, 454, 1889).

V. — Suc testiculaire injecté sous la peau, par VARIOT (*Ibidem, p.* 451, 1889).

VI. — Nouvelles remarques sur le liquide testiculaire, par BROWN-SÉQUARD (*Ibidem, p.* 717, 1890).

VII. — Remarques à propos de l'emploi du liquide testiculaire, par LE MÊME (*Ibid., p.* 318, 1891).

VIII. — Remarques à l'occasion du fait de guérison de l'ataxie locomotrice, etc., par BROWN-SÉQUARD (*Ibidem, p.* 404, 1891).

IX. — Injection des extraits liquides provenant des tissus et des glandes de l'organisme comme méthode thérapeutique, par BROWN-SÉQUARD et D'ARSONVAL.

X. — Addition à une note sur l'injection des extraits liquides, etc., par LES MÊMES.

XI. — Extraits organiques destinés aux injections, préparés au moyen de la glycérine et de l'acide carbonique, par LES MÊMES.

XII. — Innocuité de l'injection dans le sang des extraits liquides du pancréas, du foie, du cerveau et de quelques autres organes, par LES MÊMES (*Ibidem, p.* 248, 265, 355, 722, 1891).

XIII. — Influence du système nerveux sur la nutrition et les sécrétions. Influence curative du liquide testiculaire, par BROWN-SÉQUARD (*Archives de physiologie, p.* 746, 1891).

XIV. — Recherches sur les extraits liquides retirés des glandes, etc., par BROWN-SÉQUARD et D'ARSONVAL (*Ibidem, p.* 491, 1891).

XV. — Effets physiologiques d'un liquide extrait des glandes sexuelles et surtout des testicules, par BROWN-SÉQUARD (*C. rendus de l'Acad. des sciences, CXIV, p.* 1237, 30 *mai* 1892).

XVI. — Effets produits sur de nombreux états morbides par des injections sous-cutanées d'un extrait liquide retiré des testicules, par LE MÊME (*Ibidem, p.* 1237, 7 *juin* 1892).

XVII. — Des injections sous-cutanées ou intra-veineuses d'extraits liquides de nombre d'organes comme méthode thérapeutique, par BROWN-SÉQUARD et D'ARSONVAL (*Ibidem, p.* 1399, 13 *juin* 1892).

XVIII. — Préparation des extraits liquides, etc., par BROWN-SÉQUARD et D'ARSONVAL (*Archives de physiologie, p.* 593, 1891).

XIX. — Nouvelle fonction chimique de l'acide carbonique, par D'ARSONVAL (*Ibidem, p.* 602, 1892).

XX. — Action physiologique de la spermine. Interprétation de ses effets sur l'organisme, par Alexandre PŒHL (*Acad. des sc., p.* 129, 11 *juillet* 1892).

XXI. — Sur une des réactions de la spermine, par DUCLAUX (*Ibid. CXV, p.* 155, 18 *juillet* 1892).

XXII. — Die Anwendung des Brown-Sequard'schen Extractes zur Therapie der Schwindsucht, par M. K. ZIENIEC (*Berlin. klin. Wochens., n°* 38, *p.* 940, 21 *septembre* 1891).

XXIII. — Ueber die Wirkung des Sperminum hydrochloricum auf den thierischen Organismus, par TARCHANOFF (*Ibidem, n°* 40, *p.* 959, 5 *octobre* 1891).

XXIV. — Einige Beobachtungen ueber die Wirkung des Sperminum-Poehl auf Kranken, par S. SCHICHAREW (*Ibidem, p.* 991, 1891).

XXV. — Einige Warte ueber die Anwendung des Sperminum-Poehl in der Chirurgie, par N. WELJAMINOFF (*Ibidem, p.* 993, 1891).

XXVI. — Sperminum-Poehl als Heilmittel, par Th. ROSCHTSCHININ (*Ibidem, n°* 43, *p.* 1004, 19 *octobre* 1891).

XXVII. — Résumé aus den Berichten über die Anwendung des Sperminum-Poehl als Heilmittel, par WOLOWSKY (*Ibidem, p.* 1056, 1891).

XXVIII. — De l'injection des extraits liquides provenant des différents tissus de l'organisme comme méthode thérapeutique. Technique de la préparation de ces extraits, par D'ARSONVAL (*Bull. Acad. méd.* 22 *février* 1892).

XXIX. — Du traitement de la neurasthénie, par la transfusion nerveuse, par CONSTANTIN PAUL (*Ibid.* 16 *février* 1892).

I à XV. — En 1869, l'auteur insistait sur l'idée que les glandes ont des sécrétions internes et fournissent au sang des principes utiles, et sur cette autre idée que la sénilité tenait à ce que les glandes sexuelles ne versent plus ces principes dans le sang, ces principes ayant une action tonique spéciale qui augmente certaines puissances d'action de la moelle épinière et du cerveau. De là l'idée d'employer les injections de suc testiculaire pour relever les forces.

En mai 1889, essai sur un savant bien connu, âgé de 72 ans. Résultats : augmentation de la force mesurée au dynamomètre de 34 à 44 ; disparition du sentiment de fatigue ; capacité de travail intellectuel accrue; tonicité accrue de la vessie et du rectum. L'effet se prolonge un mois.

Quant au mécanisme de l'action, ce n'est pas une simple stimulation, car elle n'est pas suivie de la déperdition et de la fatigue consécutives.

XVI. — L'auteur applique cette propriété au traitement de la phtisie tuberculeuse, avec l'aide de Cornil, Dumontpallier, Variot, Lemoine (Lille) avec les résultats suivants : diminution presque immédiate des sueurs nocturnes, cessation de la fièvre, diminution de la toux, retour de l'appétit, augmentation des forces.

En second lieu, application à l'ataxie locomotrice. Aucun mode de traitement n'a encore donné de résultats aussi favorables : 1 cas de guérison complète observée par Depoux; améliorations observées par Gibert (Havre), Brainerd, Ouspensky, Victoroff, Kosturin, etc. Les insuccès sont possibles.

En troisième lieu, la lèpre. Amélioration des symptômes, spécialement de la contracture ou de la paralysie. Enfin, action utile dans les maladies mentales.

L'explication de ces effets serait la suivante : La faculté réflexe est en raison inverse de la puissance des centres nerveux. Or, les symptômes nerveux sont des réflexes, qui disparaîtront ou s'amenderont à mesure que la puissance des centres s'augmentent, les lésions organiques restant les mêmes.

Le liquide ovarique a été employé avec succès (Brown).

Conclusions : 1° Chez les vieillards dont les glandes spermatiques ont notablement perdu de leurs fonctions, des injections de liquide testiculaire peuvent fournir ce qui manque quant à la puissance des centres nerveux; 2° dans toutes les maladies, la faiblesse peut être com-

battue avantageusement par des injections de liquide testiculaire. Les cas dans lesquels l'emploi de ce liquide a le plus d'efficacité sont ceux de tuberculose pulmonaire, d'ataxie locomotrice, de lèpre, d'anémie, de paralysie.

XVII. — La méthode est généralisée. Non seulement les glandes à conduits excréteurs ou non, mais tous les organes sont les foyers d'une production utile. De là l'idée d'injections d'extraits d'organes similaires à ceux qui sont altérés ou lésés.

Les premiers essais avaient toujours causé des accidents et la mort, sauf pour les testicules et les ovaires. Wooldridge, Ewald, Langendorff, Foa et Pellacani avaient insisté sur les dangers de ces injections intraveineuses ou sous-cutanées d'extraits liquides d'organes. Ces dangers disparaissent en se servant de l'appareil à filtration à haute pression sur la bougie d'alumine de d'Arsonval.

Le suc de la glande thyroïde injecté à des animaux thyroïdectomisés par G. Vassale et Gley fait disparaître les accidents : chez l'homme, mêmes résultats dans le myxœdème selon les médecins anglais Murray et Beatty.

De même, l'ablation simultanée des capsules surrénales entraîne la mort. L'ablation successive ne l'entraîne point aussitôt (Philippeau et Gratiolet), mais détermine (Stilling, Tizzoni) des altérations médullaires fatalement mortelles. Des injections pourraient retarder ou empêcher l'issue fatale.

XVIII. — Les liquides obtenus des divers organes sont stérilisés par filtration à travers une bougie d'alumine gélatineuse sous la pression de 40 atmosphères d'acide carbonique, dans un appareil spécial construit par Ducretet.

XIX. — Avec cet appareil on constate incidemment que l'acide carbonique à 40 atmosphères déplace l'acide urique des urates, l'acide silicique des silicates, l'iode des iodures.

XX. — Dans l'extrait du testicule, A. Pœhl trouva des albuminoïdes, de la lécithine, de la nucléine, des leucomaïnes, de la spermine. Cette dernière existe dans les testicules, la prostate, les ovaires, le pancréas, le corps thyroïde, le thymus, la rate, le sang normal. C'est Schreiner (1878) qui a extrait le premier la spermine $C^2H^5A^2$, confondue avec l'éthylénimine par Ladenbourg et Abel et rapprochée de la piperazine $C^4H^{10}Az^2$ par Kobert. L'auteur trouve que la spermine répond à la formule $C^5H^{14}Az^2$ et se distingue des deux substances précédentes (Mendeleeff). L'étude physiologique a été faite par Tarchanoff, Maximowitch, Schichareff, Victoroff, Rotschinin, Weljaminoff avec le résultat suivant : cette base possède une action tonifiante et dynamogène comme le liquide de Brown-Sequard.

D'après Pœhl, cette base, sans être un oxydant, détermine une accélération des oxydations tant minérales qu'organiques, par simple contact. La spermine favorise, par son contact, l'oxydation rapide du magnésium aux dépens de la décomposition de l'eau. Avec le sang, dont le pouvoir oxydant est diminué, la spermine le restitue. Le rapport de l'azote total de l'urine à l'urée passe de 100/87 à 100/96, preuve d'augmentation des oxydations intra-organiques. De là les effets utiles des injections testiculaires.

XXI. — Duclaux reprend l'expérience de A. Pœhl sur l'oxydation du magnésium. Il trouve qu'elle réussit aussi bien avec la plupart des substances qui ont la propriété de rendre les liquides mousseux, telles que saponine, panamine, albumine d'œuf, eau de savon. DASTRE.

XXII. — Zieniec expose les résultats d'injections hypodermiques faites avec l'extrait de Brown-Séquard, à la dose de 1 ou 2 seringues de Pravaz (il a choisi le testicule du chien, animal réfractaire à la tuberculose) chez 5 phtisiques et un tabétique. Tout en étant parfaitement inoffensives, ces injections élèvent la température des malades, ce qui peut affaiblir leur état général. Comme effets utiles, on pourrait peut-être citer un renforcement peu considérable et très passager du cœur, une certaine influence calmante sur la toux et le sommeil, enfin, parfois, une action stimulante sur l'appareil neuromusculaire (accroissement de l'énergie des muscles). Dans le cas d'ataxie locomotrice, les injections n'ont eu d'autre résultat que d'élever la température.

D'expériences comparatives pratiquées sur des malades jeunes et bien portants, tantôt avec l'extrait de Brown-Séquard, tantôt avec du lait stérilisé ou non, Zieniec conclut que, dans toutes les maladies graves (phtisie, ataxie locomotrice), les centres nerveux régulateurs du calorique sont profondément atteints et que leur équilibre est immédiatement rompu par les injections sous-cutanées de liquides, tels que la lymphe de Koch, l'extrait de Brown-Séquard, le lait ordinaire ou stérilisé. Ces liquides, au contraire, n'ont pas la moindre action chez les gens bien portants dont la régulation du calorique s'effectue normalement.

XXIII. — Tarchanoff a expérimenté le chlorhydrate de spermine en injections sous-cutanées chez les animaux. A la dose de 1 à 4 centigrammes, il provoque chez les grenouilles un léger ralentissement des mouvements respiratoires et des battements cardiaques, une décoloration de la peau au niveau de l'injection et une exagération des réflexes tactiles; aucun de ces effets n'est produit par l'injection des sels minéraux renfermés dans la spermine. A ces doses, le chlorhydrate de spermine ne produit rien chez les oiseaux ni chez les mammifères. A la dose de 4 ou 5 centigrammes, chez les grenouilles, l'action déprimante s'accuse très nettement par un affaiblissement considérable des réflexes acides et tactiles, l'immobilité de l'animal, le ralentissement très marqué de la respiration et beaucoup moins marqué des battements du cœur; mais les grenouilles ne succombent même pas à des doses de 30 centigrammes. Quant aux lapins, chiens et cobayes, ils supportent parfaitement des doses de 50 centigrammes, injectées même dans le sang, et ne présentent aucuns phénomènes de dépression. Chez les oiseaux (pigeons), à partir de 20 centigrammes, on note de la somnolence et des troubles de l'équilibre. Sur les animaux, la spermine n'excite pas l'instinct sexuel et ne détermine pas l'érection du pénis; d'autre part, elle augmente la résistance vitale des animaux auxquels on a sectionné la moelle épinière; comme terme de comparaison, Tarchanoff s'est servi des injections avec la solution salée physiologique. Les animaux sperminisés résistent également mieux à la strychnine et au chloroforme. La spermine semble également accélérer le développement des petits des animaux (chiens et cobayes).

XXIV. — Schicharew a injecté sous la peau des malades une solution

de spermine de Pœhl à 2 0/0; sur les 5 syphilitiques, 4 en ont éprouvé de bons effets, bien qu'ils ignorassent la nature de l'injection. Les injections étaient à peu près indolores et n'étaient suivies d'aucune irritation locale. Elles produisent une amélioration de l'état général, un accroissement de vigueur et de l'augmentation de la pression sanguine. Chez les 7 neurasthéniques, il y eut aussi un mieux très notable. En résumé, les résultats obtenus par les injections de spermine ne peuvent s'expliquer par la simple suggestion. La spermine est un stimulant et un tonique énergique du système nerveux, peut-être aussi de la généralité des tissus, elle accroît la force musculaire et la pression sanguine. Elle ne paraît pas agir d'une façon spécifique sur l'appareil génital. L'amélioration due à la spermine peut durer deux ou trois mois, après quoi il faut recommencer les injections. Chez un épileptique, les injections de spermine semblent avoir accru le nombre des attaques.

XXV. — Weljamiroff a eu l'idée de se servir de la spermine chez des malades débilités qu'on veut soumettre à une chloroformisation et à de grandes opérations. Dans la laparotomie (13 cas), l'hystérectomie, l'extirpation du cancer du rectum, il en a eu de très bons résultats; les opérés affaiblis ont supporté aisément des opérations prolongées, bien qu'ils ne sussent pas ce qui leur avait été injecté.

XXVI. — A côté de ses effets stimulants, la spermine, au dire de Roschtschinin, présente d'autres qualités thérapeutiques. Elle accroît l'énergie des oxydations interstitielles, ce qui explique son heureuse action sur la glycosurie diabétique; c'est un antitétanique, en ce qu'elle relève l'énergie et la résistance des éléments nerveux; c'est un régulateur du pouls et du système nerveux. Son action stimulante est plus marquée et plus durable que celles du musc, de l'éther, etc. Son action est identique à celle de l'émulsion testiculaire de Brown-Séquard; mais, tout en étant peut-être un peu moins puissante, la spermine est préférable, parce qu'elle n'occasionne ni vives douleurs ni réaction locale marquée.

XXVII. — Wolowsky a communiqué à la Société médicale de Saint-Pétersbourg les conclusions auxquelles sont arrivées 14 médecins russes qui ont expérimenté la spermine de Pœhl. Aucun n'a observé de réaction locale à la suite des injections hypodermiques. 11 ont noté une amélioration de l'état général; 8, la régularisation de l'activité cardiaque; 6, un accroissement de l'énergie sexuelle; 4, l'amélioration du sommeil, des phénomènes ataxiques, la facilité de la respiration, la diminution des œdèmes; 3, l'augmentation de la force musculaire et de l'appétit, la régularisation des fonctions intestinales et de la température. J. B.

XXVIII. — Comme complément à une note déjà communiquée au sujet de l'injection des extraits liquides provenant des différents tissus de l'organisme d'Arsonval indique ainsi le moyen d'obtenir ces différents extraits :

Le tissu, dont on veut avoir l'extrait, est divisé grossièrement avec des ciseaux et est mis à infuser 24 heures dans trois fois son poids de glycérine à 28 degrés. Il est ensuite étendu d'eau bouillie récemment, à raison de trois fois le volume de la glycérine employée.

Cette solution glycérique au 1/4 est simplement filtrée au papier. Puis, avant d'injecter le liquide obtenu, limpide et clair, on lui fait subir

la stérilisation dans un autoclave à acide carbonique, où il est soumis pendant deux heures, à une pression de 53 atmosphères, ce qui tue tous les micro-organismes des tissus normaux.

En mettant ensuite l'autoclave et le réservoir dans un bain d'eau à 42 degrés centigrades, on a une pression de 90 atmosphères qui détruit presque instantanément tous les germes vivants en respectant les substances albuminoïdes. OZENNE.

XXIX. — Constantin Paul considère la substance grise cérébrale, employée en injection sous-cutanée, comme un véritable tonique neurasthénique.

Depuis une année il s'est servi, sur onze malades, chlorotiques, neurasthéniques et ataxiques, d'une solution au 1/10 de substance grise de cerveau de mouton stérilisée.

Sous l'influence de ces injections faites à la dose de 5 centimètres cubes pendant un nombre de jours variables, les malades ressentent tout d'abord un bien-être très accentué. L'amyosténie et l'impotence musculaire diminuent rapidement; les douleurs vertébrales, de même que la céphalée et l'insommie disparaissent en peu de temps, et il y a une très prompte amélioration de la nutrition, beaucoup plus rapide qu'avec les agents de la médication tonique. OZENNE.

Ueber compensatorische Hypertrophie der Lunge (Sur l'hypertrophie compensatrice du poumon), par F. HAASLER (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol. CXXVIII*, 3).

Après avoir extirpé sur les lapins et les chiens l'un des poumons, Haasler sacrifia les animaux les uns quelques jours et les autres quatre semaines à seize semaines après l'opération. Dans aucun des cas, il ne constata sur l'autre poumon un phénomène indiquant l'augmentation de volume servant à compenser la perte de la moitié de l'organe.

ED. RETTERER.

Weitere Mittheilungen über den Diabetes mellitus nach Exstirpation des Pankreas, par O. MINKOWSKI (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 5, *p.* 90, 1er *février* 1892).

Minkowski a poursuivi les recherches qu'il avait entreprises avec von Mering sur les conséquences de l'extirpation du pancréas (*R. S. M.*, XXXV, 542). En face des résultats négatifs ou inconstants auxquels sont arrivés Rémond (*R. S. M.*, XXXVII, 160). Dominicis (*R. S. M.*, XXXVIII, 69 et XXXIX, 48), Reale et de Renzi (*R. S. M.*, XXXVIII, 152), Bruschini, en répétant ces expériences, Minkowski maintient que chez plus de 50 chiens il a constaté, sans exception, l'apparition du diabète, lorsque le pancréas avait été totalement enlevé et que les animaux avaient suffisamment survécu à cette mutilation. Il a obtenu le même résultat sur un chat. En revanche, il n'a rien obtenu de net chez les lapins, auxquels il est impossible d'extirper complètement le pancréas sans provoquer de graves lésions accessoires.

Un porc, soumis à la même opération, a présenté de curieuses particularités. Chez cet animal, la veine-porte traversant l'épaisseur du pancréas, Minkowski, pour éviter la thrombose de ce vaisseau, a dû

laisser en arrière de lui un petit fragment qu'il évalue à la trentième partie de la glande. Il n'y eut de glycosurie qu'autant qu'on nourrissait ce porc avec du pain.

D'autre part, l'ablation même totale du pancréas n'est pas suivie de diabète sucré ni chez les oiseaux ni chez les grenouilles. Chez les chiens privés de leur pancréas, la glycosurie apparaît au plus tard le 2e jour, augmente graduellement dans les premières 24 ou 48 heures, et atteint habituellement son apogée le 2e ou le 3e jour. Dès lors son intensité dépend surtout du mode d'alimentation.

Quand les animaux sont soumis au jeûne ou à un régime exclusivement animal, il existe un rapport remarquablement constant entre l'excrétion de l'azote et celle du sucre : pour une partie d'azote éliminée, on trouve 2,7 ou 2,8 parties de sucre dans l'urine.

Lorsqu'avec le temps, les chiens mutilés s'affaiblissent considérablement ou lorsqu'ils présentent des complications, la glycosurie diminue et peut même cesser à l'approche de la mort. Le fait est difficile à expliquer; en tout cas, Minkowski se refuse à y voir, comme certains auteurs, la preuve du rôle vicarien d'autres organes. En effet, on ne comprend pas pourquoi cette fonction vicarienne se développerait dès les premiers jours chez les chiens dont l'opération est suivie de péritonite, tandis qu'elle n'apparaît qu'au bout de 4 ou 5 semaines chez ceux qui n'ont pas de complication consécutive, attendant alors pour se montrer un épuisement extrême des forces.

De Renzi et Reale (*R. S. M.*, XXXVIII, 152) ayant annoncé que l'extirpation des glandes salivaires détermine la glycosurie, Minkowski a refait cette expérience sur 5 chiens, et conclut que cette glycosurie est insignifiante (ne dépassant guère 1 0/0), passagère et inconstante. En effet, elle a complètement manqué chez un animal auquel il avait enlevé les 8 glandes salivaires, tandis qu'elle a atteint son maximum chez celui auquel il n'avait enlevé que les 4 glandes d'un côté. L'ablation ultérieure du pancréas chez les mêmes animaux a fait apparaître le diabète caractéristique, nouvelle preuve que les glandes salivaires n'ont pas le rôle du pancréas quant à la transformation du sucre.

Minkowski est d'ailleurs loin de penser que toutes les glycosuries dépendent de troubles fonctionnels du pancréas. C'est en particulier le cas pour la glycosurie signalée par von Mering à la suite d'administration de la phloridzine (*R. S. M.*, XXXI, 571; XXXIV, 67, et XXXVI, 59). Dans le diabète phloridzinique, la quantité de sucre du sang, loin d'être augmentée, est diminuée, tandis qu'elle est accrue dans le diabète par ablation du pancréas. La phloridzine ne provoque de la glycosurie chez des animaux, les oiseaux, par exemple, où l'ablation du pancréas n'en provoque pas. Enfin elle l'augmente chez les chiens rendus diabétiques par extirpation du pancréas, sans qu'on puisse mettre cette augmentation de la glycosurie sur le compte d'un accroissement de la décomposition de l'albumine. Ces circonstances donnant à supposer que le diabète phloridzinique est d'origine rénale, Minkowski a examiné comparativement la richesse du sang en sucre, après extirpation des reins, chez des animaux rendus diabétiques, les uns par la phloridzine, les autres par l'ablation du pancréas. Il tire les déductions suivantes de ses expériences. L'ablation du pancréas apportant un trouble à l'emploi

du sucre dans l'organisme, ce sucre continue à s'y accumuler après la suppression de la sécrétion urinaire. Au contraire, la phloridzine, ne troublant pas directement l'utilisation du sucre, détermine seulement son issue par les reins, ce qui appauvrit le sang en sucre; si l'on supprime ensuite la fonction rénale, la teneur du sang en sucre peut redevenir normale, mais sans devenir exagérée, parce que la décomposition du sucre dans l'économie n'est pas troublée directement.

Il a suffi à Minkowski de greffer sous la peau de l'abdomen des fragments du pancréas qu'il avait enlevé, pour empêcher l'apparition du diabète chez les chiens, et d'enlever ensuite ces greffes pour le voir réapparaître.

Minkowski renonce d'ailleurs à expliquer par quel mécanisme la suppression totale du pancréas amène le diabète. Il n'y a pourtant que deux hypothèses plausibles. Ou bien le sucre est transformé à l'intérieur du pancréas, ou bien cette glande produit quelque chose qui permet la transformation du sucre dans d'autres organes. Trois faits rendent invraisemblable la première hypothèse. Le pancréas ne possède pas de circulation porte et tire uniquement son sang de la grande circulation par l'intermédiaire d'une artère. Un petit fragment de la glande suffit pour accomplir la fonction, alors même que ce fragment est greffé en dehors de la cavité abdominale. Enfin Pal (*Wiener klin. Wochens.* 1891, n° 4) a entrepris des dosages comparatifs du sucre du sang à son entrée et à sa sortie du pancréas, et il n'a abouti qu'à des résultats négatifs. Reste donc seulement la seconde possibilité, mais le ferment glycolitique de Lépine (*R. S. M.*, XXXVIII, 35 et 36) ne satisfait pas Minkowski. Pour lui, il ne s'agit là que d'un ferment *post mortem* comme celui de la coagulation du sang, et il admet comme Arthus (*R. S. M.*, XXXVIII, 36), que ce ferment glycolitique ne préexiste pas normalement dans le sang.

Deux faits expérimentaux sont en outre inexplicables par un simple ferment glycolitique : 1° chez les chiens rendus diabétiques par ablation du pancréas, on note une disparition très rapide du sucre de foie, qui n'est pas une conséquence seulement des troubles digestifs, puisqu'elle ne s'observe pas chez les canards privés de pancréas; 2° même après l'ablation du pancréas, la lévulose est encore utilisée dans l'organisme.

J. B.

Zur Histologie der akuten Entzuendungen, par A. LEWIN (*Arbeiten aus dem pathol.-anat. Institut zu Tuebingen et Hyg. Rundschau, II*, 290, 1er *avril* 1892).

Dans ses études histologiques sur les inflammations aiguës, Lewin a pris comme exemple d'une inflammation microbienne séreuse, celle que détermine le bacille charbonneux dans le tissu sous-cutané et comme exemple d'une inflammation purulente, celle provoquée dans le même tissu par les staphylocoques.

Il s'est efforcé d'atténuer autant que possible les effets mécaniques de l'infection, en n'employant que de très faibles quantités de liquide infectieux. A des époques diverses et déterminées, il sacrifiait les animaux infectés, en excisait la peau et le tissu cellulaire au point infecté, et, après fixation et durcissement, en faisait des coupes qu'il étudiait à l'aide de différentes méthodes de coloration. Comme les cobayes péris-

sent déjà au bout de 36 ou 40 heures, il s'est servi, pour étudier les stades ultérieurs de l'inflammation charbonneuse, de rats blancs qui présentent, durant 5 ou 6 jours, un œdème muqueux énorme. Il a procédé de la même façon à ses recherches pour le staphylocoque pyogène doré, sur des lapins, des cobayes et quelques rats blancs. Le nombre total de ses expériences s'élève à 34.

Chez les animaux charbonneux, peu d'heures après l'infection, on note déjà des altérations considérables du tissu cellulaire : gonflement des faisceaux fibreux, dilatation caverneuse des espaces interstitiels, dégénération hydropique des cellules conjonctives. A ce moment déjà, débutent les amas de leucocytes qui sous le microscope ne peuvent toujours être distingués d'un minuscule abcès. Mais jamais il ne se forme de vrai pus liquide, preuve de la nature spécifique de la forme d'inflammation engendrée par le charbon. Leucocytes et bacilles sont répartis très diversement selon les endroits; tantôt ce sont les uns, tantôt les autres qui dominent. Mais jamais Lewin n'a vu trace de phagocytose. Les bacilles présentent eux-mêmes, durant les 24 premières heures, une série de modifications très intéressantes; ce sont des renflements et des tuméfactions totales qu'il considère comme un état muqueux des parties périphériques des bacilles et comme l'indice d'une métamorphose régressive inaugurant la destruction des bacilles. Au bout de 30 heures, survient, aussi bien dans les cellules endothéliales des plus petites veines que dans les cellules conjonctives, une karyokinèse que Lewin regarde comme l'indice d'une régénération. Au bout de 48 heures, l'œdème noté chez les rats blancs commence à rétrocéder. Les figures karyokinétiques deviennent plus nombreuses, de petits îlots de tissu conjonctif de néoformation font leur apparition. Les innombrables leucocytes disparaissent et sont remplacés par de grosses cellules qui offrent une analogie non méconnaissable avec les macrophages de Metschnikoff et qui ont absorbé les leucocytes en voie de désagrégation. 80 heures après l'inoculation, l'œdème est presque disparu, le tissu conjonctif reprend graduellement son aspect normal, les bacilles ont péri. Au point inoculé, persiste en dernier lieu une nodosité, de la grosseur d'un pois, composée d'une enveloppe conjonctive et d'un contenu sec, friable, consistant en détritus nucléaires et leucocytes. Le processus inflammatoire, infectieux est terminé.

Pour les caractères histologiques de l'inflammation purulente due à l'invasion des staphylocoques, Lewin a obtenu des résultats concordant avec ceux de Hohenfeld.

18 heures après l'inoculation, l'abcès microscopique est déjà si avancé que seules ses parties périphériques sont propres à l'étude des altérations ultérieures des tissus. Lewin n'a rien vu faisant croire à la formation de globules du pus aux dépens des cellules conjonctives fixes; pour cela, la multiplication par karyokinèse des cellules conjonctives est à la fois trop clairsemée et trop tardive. Dans les 24 heures suivantes l'altération est seulement quantitative. Dès la fin du 3e jour, apparaissent, au pourtour de l'abcès, des îlots néoplasiques de tissu conjonctif avec de grosses cellules épithélioïdes en voie de karyokinèse. Ces îlots de néoplasie conjonctive sont farcis de globules de pus. Pour expliquer qu'ils ne ramènent pas de la suppuration, Lewin admet que leur état d'affai-

blissement a fait perdre à ces microbes leurs propriétés pyogènes. Leur action irritante se borne à inciter la multiplication des cellules conjonctives par mitose et la production de cellules épithélioïdes. J. B.

I. — Ein Beitrag zur Immunitätsfrage, par KLEIN et COXWELL (*Centralbl. f. Bakt., XI, n° 15, p.* 464).

II. — Ein weiterer Beitrag zur Immunitäsfrage (Nouvelle contribution à la question de l'immunité), par E. KLEIN (*Ibidem, XI, p.* 598).

I. — Si on chloroformise le rat blanc et la grenouille, naturellement réfractaires au charbon, on supprime cette immunité. Chez ces animaux on trouve cependant des indices de phagocytose, preuve que la suppression de l'activité amiboïde des leucocytes n'est pas la raison de cette sorte d'immunité, et qu'il faut la chercher dans des modifications chimiques des humeurs.

La réapparition de l'immunité se manifeste après la narcose, et elle est d'autant plus marquée que l'inoculation est faite plus longtemps après. Si on narcotise les animaux quelques heures après l'injection, on peut amener l'infection, preuve que les spores n'ont pas été tuées immédiatement. Ces résultats n'ont pas été confirmés pour d'autres microbes ; ainsi le bacille diphtéritique, le bacille du choléra des poules.

II. — La destruction des bacilles et spores du charbon chez la grenouille n'est pas un processus local ; elle ne se fait que dans la totalité de l'organisme, après diffusion des organismes encore vivants et susceptibles de se multiplier. On peut obtenir en effet des cultures nombreuses après 10, 30, 60 minutes, avec le sang de la grenouille inoculée ; après 2 heures ces cultures sont déjà beaucoup plus rares. Chose singulière, le staphylocoque doré et surtout le bacillus prodigiosus sont beaucoup plus résistants à l'action bactéricide du sang que le bacille charbonneux. C. LUZET.

L'action de l'hématolyse exagérée sur la prédisposition aux maladies infectieuses, par G. MYA et G. SANARELLI (*Archives italiennes de biologie, XVII, p.* 25, 1892, *et Atti della R. Accad. dei Fisiocritice in Siena, série IV, vol. III*).

Comment les altérations du sang modifient-elles l'immunité ou la réceptivité pour les maladies infectieuses ? Les auteurs choisissent comme toxique du sang la phénylhydrazine acétylée. Ils notent la marche de la destruction des globules, l'altération des urines et des sécrétions. Les pigeons, ne présentant qu'une immunité très relative pour le charbon, eurent ce faible degré de résistance encore déprimé. Chez les rats également, un faible degré d'anémie (80 0/0 d'hémoglobine) suffit pour détruire le pouvoir de résistance au virus charbonneux, lequel est très faible. Chez d'autres rats on essaya le virus pneumonique. La destruction des globules du sang en certaine quantité supprime toujours l'immunité relative. D'autre part, chez les cobayes, le résultat est différent. La destruction des globules sanguins ne modifie pas l'immunité naturelle des cobayes pour le pneumoccocus. De même chez les chiens. DASTRE.

Zur Lehre von den Beziehungen zwischen Immunitaet und Heilung, par Felix KLEMPERER (*Berlin. klin. Wochens., n° 13, p.* 293, 28 *mars* 1892).

La curabilité des maladies infectieuses chez les animaux par le sérum

sanguin d'animaux dotés de l'immunité, démontrée en premier lieu par Behring et Kitasato (R. *S. M.* XXXVII, 453 et 456), pour la diphtérie et le tétanos, a été établie ensuite, par des observateurs ultérieurs, pour l'infection pneumoccique, pour le rouget du porc et pour l'infection pyocyanique.

A cette liste de cinq maladies justiciables du traitement par le sérum sanguin d'animaux rendus réfractaires, F. Klemperer en ajoute maintenant deux autres, la septicémie des souris de Koch et l'infection par le bacille pneumonique de Friedlænder.

Malgré la faible réceptivité des lapins pour la septicémie des souris, leur sang à l'état normal est impuissant à guérir cette maladie chez les souris. Il n'en est plus de même lorsqu'au préalable on a conféré l'immunité aux lapins en leur inoculant à l'oreille le bacille de la septicémie des souris. Le sérum sanguin des lapins ainsi traités a le pouvoir de guérir la septicémie de Koch chez les souris, lorsqu'on leur en injecte 1 centimètre cube. Ce sérum est en revanche complètement inerte contre les maladies provoquées soit par le pneumocoque, soit par le bacille pneumonique de Friedlænder, soit par le streptocoque. Aux souris, il ne confère l'immunité que contre la septicémie de Koch, qui leur est particulière.

Klemperer a obtenu des résultats tout à fait analogues pour le bacille pneumonique de Friedlænder. Tandis que la sérum sanguin normal du lapin n'a aucune influence sur l'affection que le bacille de Friedlænder provoque chez la souris, celui des lapins rendus réfractaires à cette infection la guérit chez la souris en leur conférant une immunité limitée au bacille de Friedlænder et à ses produits solubles.

Le sérum curateur n'agit pas en tuant le bacille de la septicémie des souris ni le bacille pneumonique de Friedlaender.

Le sérum des lapins qu'on a dotés de l'immunité à l'égard du bacille pyocyanique n'a aucune action sur les infections des souris déterminées par le pneumocoque, par le bacille de la septicémie des souris et par le bacille de Friedlænder. De même le sérum d'un lapin rendu réfractaire au pneumocoque et qui préserve les souris contre ce genre d'infection, est impuissant à protéger aussi bien les lapins infectés par le bacille pyocyanique que les souris auxquelles on a injecté soit le bacille de la septicémie des souris, soit celui de Friedlænder. Les effets curateurs du sérum sont donc limités spécifiquement à la même espèce morbide. Ils sont en étroit rapport avec l'immunité, puisque le sérum curateur provient d'animaux dotés de l'immunité et que l'animal guéri par lui est également doté de l'immunité. La cause de la guérison réside dans la transmission de l'immunité de l'animal rendu artificiellement réfractaire à l'animal malade.

Mais seule l'immunité produite artificiellement se transmet par le sérum, car le sérum d'un animal naturellement réfractaire ne produit ni guérison ni immunité : il y a donc une différence essentielle entre l'immunité artificielle et l'immunité acquise. Il est possible toutefois qu'il n'y ait qu'une différence quantitative entre l'une et l'autre, l'immunité naturelle étant seulement plus faible, parce qu'elle repose sur la présence, dans le sérum sanguin, d'une moindre proportion de produits solubles conférant l'immunité. J. B.

Adaptation des virus aux organismes vaccinés, par J. BORDET (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 5, 1892).

Le séjour dans un organisme vacciné imprime au vibrio Metchnikowe certaines modifications ; il devient plus toxique et moins attirant.

Lorsqu'on injecte des vibrions sous la peau d'un cobaye vacciné les leucocytes tuent d'abord les microbes qui se trouvent dans les conditions de résistance les moins favorables et la culture inoculée s'épure, dès le début, les individus formant un peu moins de poison que leurs voisins en attirant un peu moins les leucocytes. A chaque génération de nouveaux microbes provenant de ceux qui ont résisté, cette même situation se produit ; il se forme ainsi une nouvelle race, grâce à l'intervention continue des leucocytes. Chez les animaux neufs, l'afflux leucocytique est très faible et le vibrion obtenu par ce passage n'a pas de caractères spéciaux.

Il est nécessaire d'autre part que l'afflux leucocytique soit mesuré et progressif pour que la solution ait le temps de se faire. C'est dans la chambre antérieure de l'œil que le vibrion, inoculé au cobaye immunisé acquiert pour cette raison la plus extrême virulence.

C'est la raison de l'action plus funeste du charbon inoculé par l'humeur aqueuse chez le pigeon, et de divers autres microbes dont les inoculations sous-cutanées sont plus dangereuses que celles faites dans le torrent circulatoire. PAUL TISSIER.

Le chimiotaxisme des leucocytes et l'immunité, par Jean MASSART (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 5, 1892).

On a pensé que la généralité des microbes ou tout au moins les espèces pathogènes produisent des substances qui attirent les leucocytes. Les races inégalement virulentes d'une même bactérie attirent-elles aussi inégalement les globules blancs? Dans presque tous les cas des microbes peu virulents attirent plus fortement que les virus très actifs.

Dans les cultures des germes virulents, il y a à côté de la substance attirante quelque chose qui repousse les leucocytes ; quand on dilue le liquide, la première action devient prépondérante. Il n'y a pas de rapport général entre la virulence et l'attraction : le microbe de la diphtérie attire les phagocytes d'autant plus qu'il est plus virulent ; il y a des substances spéciales chimiotaxiques qui ne sont pas identiques avec les substances toxiques, la culture vivante et la culture chauffée pendant une heure entre 60 et 70° et qui a perdu ainsi toute toxicité attirent autant l'une que l'autre.

La vaccination opère chez les animaux vaccinés (charbon et rouget) une éducation des leucocytes, ceux-ci s'adaptent à se diriger vers les microbes virulents. PAUL TISSIER.

Contribution expérimentale à la loi de l'adaptation des microorganismes aux milieux antiseptiques, par A. TRAMBUSTI (*Archives italiennes de biologie, XVII, p.* 330, *et Lo Sperimentale, XLVI*).

1° Les microorganismes ont, en général, la propriété de pouvoir s'adapter aux milieux antiseptiques, et, ils acquièrent, contre les milieux, une résistance qu'ils n'avaient pas auparavant. Cette augmentation de résistance

ne se rencontre pas dans les microorganismes qui ressentent trop fortement l'influence du milieu ; 2° Les microorganismes pathogènes qui ont la propriété de s'adapter aux milieux antiseptiques, se comportent différemment relativement à la conservation de leur pouvoir pathogène. Celui-ci, en effet, dans quelques-uns, se maintient tant que la vie de l'individu se conserve; dans d'autres, le pouvoir pathogène se perd longtemps avant et l'on a, par conséquent, une véritable atténuation.

DASTRE.

Ueber die Wirkung des Centrifugirens auf Bakteriensuspensionen..., par **SCHEURLEN** (*Arbeiten aus dem. k. Gesundhamte, VII, et Hyg. Rundsch., II*, 145).

Poehl, Bang et autres ont annoncé qu'un liquide centrifugé contient moins de microorganismes qu'auparavant et beaucoup moins que le dépôt formé dans l'appareil; Poehl, et semble-t-il aussi Bang, croient en outre que l'opération entrave ou même détruit la vitalité des microbes.

Scheurlen ayant examiné l'action de l'appareil centrifuge sur différents microorganismes suspendus dans des liquides, a tout d'abord reconnu que ceux-ci sont simplement projetés à la périphérie, en raison uniquement de la différence de leur poids spécifique avec celui du liquide.

Les microbes immobiles, en suspension dans l'eau (spores et bacilles du charbon, microcoque prodigieux, staphylocoque doré et bacille tuberculeux), soumis à l'action de l'appareil, de même que ceux qu'on laisse déposer en repos, sont moins nombreux dans les couches supérieures. Ce sont les bacilles tuberculeux qui sont le plus influencés (10 à 15 dans les couches supérieures; 20 à 25 dans les couches moyennes; 1,000 et davantage au fond). Pour les spores charbonneuses, on en rencontre 1 dans les couches supérieures contre 133 dans les couches inférieures; pour les autres microorganismes, le rapport correspondant oscille entre 2 : 3 et 1 : 7.

Scheurlen a fait également des expériences avec 6 espèces de microorganismes mobiles. 4 d'entre elles (bacille mégathér., bactérie du lait rouge, protée vulgaire, bacille typhoïdique) ont obéi à l'action de la force centrifuge, tandis que les 2 autres (protée mirabil. et spirille du choléra) sont restées en suspension. L'addition d'agents de précipitation, tels que la craie ou le charbon animal, n'a pas d'action sensible sur les résultats.

Scheurlen a ensuite examiné du lait entier, de la crème, du lait écrémé et deux dépôts de lait, le tout provenant de la même laiterie.

Le dépôt n° 1, blanc grisâtre, fixé sur la paroi du tambour, était formé des éléments constituants normaux du lait et d'éléments figurés divers; le dépôt n° 2, verdâtre, fixé sur le fond du tambour, se composait surtout de particules de bouse de vache.

Il a constaté le fait étonnant que la crème contenait un très grand nombre de germes, parfois même davantage que le dépôt n° 2. Dans un litre de lait composé de 200 centimètres cubes de crème, de 800 centimètres cubes de lait maigre et de 0,6 de dépôt, le lait entier renfermait 2,050 millions de germes, la crème 1,700 (chiffre minimum), le lait écrémé 560, le dépôt seulement 18 millions.

Donc, on ne peut pas dire que centrifuger le lait soit le stériliser, puisque les 3/4 des microbes passent avec les globules graisseux dans la crème, tandis qu'un 1/4 seulement reste dans le lait écrémé. Il en est de même quand on opère l'écrémage en abandonnant le lait à lui-même.

Les microorganismes en suspension dans du lait pasteurisé (spores et bacilles de charbon, bacilles typhoïdique et tuberculeux, spirille cholérique) se comportent, à l'exception du bacille tuberculeux, de la même façon quand on les centrifuge ou qu'on laisse spontanément monter la crème, que les microorganismes suspendus à l'état naturel dans le lait. Seuls les bacilles tuberculeux se rassemblent surtout au fond. J. B.

Ueber Giftbildung durch Bacterien und ueber giftige Bacterien, par Ferdinand HUEPPE (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 17, *p.* 409, 25 *avril* 1892).

Hueppe soutient que les microbes des infections spécifiques, notamment ceux du choléra, n'agissent que par les poisons qu'ils forment en dédoublant l'albumine vivante ou morte qui leur sert de nourriture; dans cette formation de poisons aux dépens de l'albumine, l'anaérobie joue un rôle causal, en empêchant, pour un temps, toute décomposition ultérieure de ces poisons.

R. Pfeiffer soutient au contraire que la toxicité réside dans les bacilles cholériques mêmes, et il cite, à l'appui de son opinion, le fait que de jeunes cultures sur agar qu'on a tuées convenablement et qu'on injecte, sans leurs produits solubles à des cobayes, provoquent chez eux des troubles de la température, consistant le plus souvent en un abaissement, phénomène tout à fait comparable, selon lui, à la période algide du choléra.

Après avoir vérifié le fait annoncé par Pfeiffer, Hueppe a reconnu que le même abaissement de température était provoqué par la pancréatine, la papaïne, les bacilles prodigieux, pyocyanique, le protée, le choléra des poules, le bacille lactique, la levure de vin de Rauenthal, le sérum de chien.

Il s'agit donc là d'un phénomène très général qui n'a rien à faire avec la physiologie pathologique du choléra. Ce sont des effets toxiques qui appartiennent à l'albumine active, vivante ou à l'albumine, survivant à la mort cellulaire, de toutes les cellules et de tous les organismes.

Cette production de contre-poisons est un des moyens de protection des organismes contre les poisons. Les corps de cette catégorie, dont font partie les substances qui confèrent l'immunité, ont pour trait commun, d'être formés aussi bien par des microbes virulents ou non virulents que par des parasites ou des saprophytes et qu'étant des caractères spécifiques, ils sont immuables, contrastant ainsi avec le caractère contingent, influençable, de la virulence. Ces actions toxiques n'ont rien de commun avec l'intoxication spécifique qui est précisément caractérisée par ce fait que les microorganismes virulents exercent des effets infiniment plus énergiques que les moins virulents ou que ceux qui ne le sont plus du tout. J. B.

Ueber die pathogene Wirkung des Staphylokokkus pyogenes aureus auf einige Thiere, par P. BURGINSKY (*Arbeiten aus dem pathol.-anatom. Institut zu Tuebingen et Hyg. Rundsch., II*, 292, 1er *avril* 1892).

Grawitz et Pawlowsky sont arrivés à des résultats absolument contradictoires quant à l'action pathogène du staphylocoque pyogène doré. D'après Grawitz, les microbes du pus sont incapables par eux seuls de provoquer la suppuration ; il faut qu'ils soient secondés par les circonstances, telles que la coexistence de substances caustiques qui altèrent les tissus, la stagnation du liquide nourricier dans lequel ils peuvent se développer sans être résorbés, ou enfin une plaie ouverte.

D'après Pawlowsky, au contraire, la moindre quantité de staphylocoque introduite dans la cavité abdominale entraîne, sans exception et sans circonstance adjuvante, une péritonite. Or Grawitz et Pawlowsky ont fait les mêmes expériences et sur les mêmes animaux, des lapins. On ne peut donc expliquer la divergence de leurs résultats que par une virulence inégale des cultures inoculées. C'est ce que veulent prouver les expériences de Burginsky qui a commencé avec une culture de staphylocoque pyogène doré, de virulence si faible, qu'injectée dans la cavité abdominale des lapins, elle n'a provoqué aucun trouble notable. Mais à la suite d'une série de passages dans le corps de ces animaux, ces cultures sont devenues si virulentes qu'elles ont entraîné une péritonite généralisée rapidement mortelle. J. B.

Di un nuovo microorganismo piogeno (Diplococcus piogenes), par Al. PASQUALE (*Giorn. medico del R. Esercito e della R. Marina* 1890 *et Hyg. Rundsch., II*, 292, 1er *avril* 1892).

Du pus d'une ostéite tuberculeuse, Pasquale a isolé, à côté du bacille de la tuberculose, un microorganisme très semblable au streptocoque pyogène, mais se différenciant, par la briéveté de ses chaînes, son mode de croissance sur pommes de terre et sa grande virulence, aussi bien de ce streptocoque que des autres streptocoques décrits jusqu'ici. Dans l'organisme des lapins, il provoque la septicémie et se présente presque exclusivement sous forme de diplocoques non capsulés. Il garde sa virulence plus d'une année ; au bout de ce temps, il se développe en longues chaînes. J. B.

Sur les genres cladothrix, streptothrix, actynomices et description de deux streptothrix nouveaux, par C. SAUVAGEAU et M. BALAIS (*Annales de l'Institut Pasteur, n° 4, p.* 242, 1892).

Le *cladothrix dichotoma* est bien une bactériacée, il possède une gaine et une forme ramificatives.

Le *streptothrix* de Cohn doit être non seulement séparé, mais éloigné, pour être classé parmi les champignons ; il n'a pas de gaine et se ramifie à la manière d'un mycélium ; la division des éléments en bâtonnets et en granulations, souvent citée, mais mal comprise par les auteurs, se conçoit très bien par la comparaison avec le mycélium d'autres champignons; les spores, ou mieux les conidies, se forment par la segmentation de filaments simples ou ramifiés, un peu plus larges que les filaments végétatifs.

Les différentes espèces de *streptothrix* ne se distinguent que peu ou point par leurs caractères microscopiques, mais bien par la comparaison des caractères de culture. Toutes croissent en touffes sur le bouillon, mais sans le troubler.

Le genre *streptothrix* de Cohn doit disparaître et ses espèces doivent être intercalées parmi celles du genre *oospora* de Wallroth ; il appartient donc parmi les champignons hyphomycètes au groupe des mucédinés.

L'actynomyces de Shwarz concorde parfaitement sous tous ses caractères avec le *streptothrix* de Cohn ; il devient donc ainsi une espèce du genre *oospora*, l'*oospora bovis*.

Les maladies telles que le farcin de Nocard (*oospora farcinica*) l'actinomycose de Bollinger (*ooospora bovis*) la pseudo-tuberculose expérimentale d'Eppinger (*oospora asteroides*) ne doivent plus être considérées comme des maladies bactériennes, mais comme des maladies dues au développement de champignons appartenant à un groupe oospora.

PAUL TISSIER.

I. — Injection sous-cutanée positive au cobaye sain d'eau de trituration de crotte d'un cobaye tuberculisé, par SOLLES (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 *juin* 1891).

II. — Diagnostic précoce de la tuberculose des enfants suspects par l'injection de leur matière fécale au cobaye, par SOLLES (*Ibidem*).

I. — Solles a injecté à deux cobayes sains de l'eau stérilisée, dans laquelle il avait trituré une crotte d'un cobaye tuberculisé. L'un d'eux est mort avec des lésions tuberculeuses dans le foie, la rate et les ganglions. Il faut donc en conclure au danger de la poussière des fumiers et des eaux, qui drainent les fumiers des étables à vaches souvent malades.

II. — Le même auteur a également trouvé de semblables lésions sur un cobaye, auquel il avait fait une injection sous-cutanée de la matière fécale d'un enfant suspect de tuberculose. Cette donnée positive peut être très utile au point de vue thérapeutique. OZENNE.

Die Untersuchung des Auswurfs auf Tuberkulbacillen (Examen de l'expectoration au point de vue des bacilles de la tuberculose), par Eugen CZAPLEWSKI (*In*-8, *p*. 124, *Iéna*, 1891).

L'importance et le but de la recherche des bacilles tuberculeux dans les crachats n'échappe à aucun médecin ; il importe donc d'être fixé sur les différents procédés de recherche, sur leur valeur et sur leur commodité. C'est le but que l'auteur s'est efforcé de résoudre et il y a réussi. Après avoir étudié les caractères généraux de l'expectoration des phtisiques, indiqué avec soin les parties qu'il faut choisir pour la recherche bactériologique, il décrit les divers temps de la préparation, les petits détails importants à observer, donne la théorie de la coloration des bacilles et montre les résultats que l'on peut tirer de l'examen des préparations au point de vue du pronostic et du diagnostic.

Retenons surtout le chapitre consacré à l'étude des éléments du crachat autres que les bacilles (cellules diverses, autres microorganismes) et les pages consacrées aux fibres élastiques, qui n'existent pas toujours avec les bacilles, mais en sont régulièrement accompagnées.

Le livre se termine par le résumé clair de la technique suivie par les

différents auteurs, rangé par ordre alphabétique et par l'indication exacte des nombreuses formules colorantes utilisées. PAUL TISSIER.

Recherches expérimentales sur la vaccination contre l'infection pneumonique et sur sa guérison, par MOSNY (*Arch. de méd. exp. IV*, 2).

Dans tous les milieux où il est cultivé, le pneumocoque développe une substance isolable par la filtration. Cette substance injectée au lapin provoque d'abord une septicémie pneumonique atténuée, puis rend l'animal réfractaire aux inoculations très virulentes. On peut injecter le filtrat obtenu des cultures pures, ou d'une macération d'organes hachés d'un lapin mort de septicémie pneumonique ; ici la vaccination est solide et durable. Avec les cultures, il faut un chauffage préalable de trois heures à 60°. Le sérum des animaux vaccinés n'est pas bactéricide; le pneumocoque y conserve même plus longtemps sa végétabilité et sa virulence. La vaccination ne réussit pas à guérir les lapins antérieurement infectés; l'injection de sérum des lapins vaccinés n'est pas plus efficace. GIRODE.

Chemical pathology of diphteria, anthrax..., par Sydney MARTIN (*Brit. med. j. p.* 641, 26 *mars* 1892).

Voici le résumé de ces recherches :

A. *Charbon.* L'auteur analyse d'abord la pustule maligne, et il y trouve des ferments, analogues à la pepsine et à la trypsine, qui donnent lieu à des protéides et à des peptones, de plus, une base organique. De même, l'examen des organes chez des moutons morts du charbon, montre des albuminoses nombreuses dans le sang et dans la rate. Sidney Martin en conclut que le bacille du charbon digère des matières protéiques, et que le produit de cette digestion cause un œdème local contenant en dissolution un grand nombre de substances albuminoïdes destinées à entretenir la pullulation du bacille.

B. *Diphtérie.* L'examen de huit cas de diphtérie conduit aux conclusions suivantes :

Les albuminoses sont toujours associées à un acide organique, en proportion bien plus considérable que ce dernier. Elles sont surtout abondantes dans la rate. Elles ne peuvent chimiquement être distinguées de celles du charbon ou des peptones de la digestion. Quand on injecte ces albuminoses sous la peau, elles déterminent un œdème local intense, mais passager, sans élever la température comme le bacille du charbon. Injectées dans le sang, elles donnent lieu à des paralysies au retentissement de la coagulation, et à la suppression du réflexe rotulien.

Ces paralysies, comme on le sait, sont la conséquence des névrites dégénératives, l'auteur en rapporte de nombreux exemples : il cite notamment un cas où l'injection en une seule fois, d'une certaine quantité d'albuminose, tout en n'altérant pas la santé des animaux en expériences, a suffi pour faire dégénérer leur nerf phrénique.

De même, l'injection expérimentale de l'acide organique trouvé chez les diphtériques est également un poison des nerfs, quoique moins toxique que les albuminoses.

Enfin, l'injection de l'extrait de membrane diphtérique amène éga-

lement une paralysie précoce vers le 3e ou 4e jour, tout d'abord, elle allume la fièvre. Elle parait contenir un poison associé aux matières protéiques, agissant comme les albuminoses mais avec beaucoup plus de virulence.

Les cultures du bacille de la diphtérie sont aussi toxiques que les produits provenant des organes et des tissus diphtériens, et renferment les mêmes albuminoses, c'est donc bien le bacille de Lœffler qui est l'agent infectieux.

C. *Endocardite infectieuse.* Des recherches analogues poursuivies sur le sang et la rate d'endocardites infectieuses amènent la découverte d'albuminose et d'un produit fortement acide. Les albuminoses injectées chez les lapins, élèvent la température et retardent les coagulations du sang, mais sont beaucoup moins toxiques que celles du charbon.

Simplification du diagnostic bactériologique de la diphtérie, par N. SAKHAROFF (*Annales de l'Institut Pasteur*, *n°* 6, *p.* 451, 1892).

Procédé de culture, de diagnostic, destiné à remplacer la culture du sérum coagulé. On enlève avec précaution la coquille d'un œuf frais et bien cuit en ayant soin de toucher le moins possible le blanc avec les doigts. A sa surface on découpe avec le couteau flambé des morceaux oblongs qu'on transporte dans des tubes flambés, au fond desquels on a versé quelques gouttes d'eau pour préserver de la dessication la surface de l'albumine, qui doit pourtant ne pas être humide.

L'ensemencement se fait de la façon ordinaire. Après 24 heures passées à l'étuve on trouve de petites colonies rondes, à forme convexe, moins blanches que le fond, mates et peu transparentes, contenant des formes très caractéristiques du bacille. PAUL TISSIER.

Les péricardites expérimentales et bactériques, par A. RUBINO (*Archives italiennes de biologie*, *XVII*, *p.* 298, *et Riforma medica*, *VIII*, *I*, 32).

1° Il est possible de provoquer une péricardite en injectant les staphylococcus dans la cavité du péricarde ou encore dans la circulation sanguine, pourvu que préalablement on détermine une irritation mécanique ou thermique de la séreuse ;

2° Le refroidissement local constitue une cause prédisposante au développement des staphylococcus dans le péricarde et au développement consécutif d'une péricardite ;

3° On ne peut attribuer aucune influence dans ce sens à la contusion de la région cardiaque. La péricardite présuppose toujours une infection de l'organisme ou une dyscrasie. DASTRE.

Ueber einen bakteriologischen Befund bei Maul-und klauenseuche (Trouvaille bactériologique dans la fièvre aphtheuse), par SCHOTTELIUS (*Centralbl. f. Bakt.*, *XI*, *p.* 75, 1892).

Si on prend dans une vésicule fermée, avec toutes les précautions désirables, une gouttelette de matière et qu'on l'inocule sur des milieux liquides et solides, il ne doit rien pousser à 16-22° sinon on peut affirmer qu'il y a des germes étrangers. Mais il existe constamment là un microorganisme à croissance très faible, formant sur un milieu d'agar-

gélatine additionné de glycérine et de formiate de soude, de petites colonies gris perle, presque transparentes, à bords irréguliers formant auréole. Les microbes qui les composent sont disposés en chaînettes, globuleux, sauf ceux des extrémités qui présentent des prolongements mobiles. L'auteur leur donne le nom de streptocoques-streptocytes. Ces microbes se colorent mal, sauf par le violet de gentiane. Ils conservent leur coloration, par le procédé de Gram, ils ne croissent qu'entre 37° et 39°, aussi bien à l'air que dans une atmosphère de CO^2. Malheureusement les inoculations furent négatives chez les animaux de laboratoire; elles ne donnèrent chez le bœuf qu'une fièvre plus ou moins longue, suivant la dose, sans phénomènes locaux. C. LUZET.

Étude sur le bacterium coli commune, par MACAIGNE (*Thèse de Paris*, n° 174, 1892).

Le bacterium coli normal n'est pas virulent. A la faveur de la diarrhée il devient virulent et est alors pathogène pour les animaux, il peut en outre pénétrer les tissus et il envahit l'organisme pendant l'agonie ou après la mort. Les poumons enflammés présentent souvent du bacterium coli venu par la bouche. La virulence du bacterium coli se manifeste soit par de la septicémie, soit par des suppurations; le bacterium septique vient des diarrhées; le bacterium pyogène des suppurations.

Le bacterium coli a été identifié avec le bacterium néapolitanus d'Emmerich, le bacterium fœtidus de Passet, le bacterium pyogène de l'infection urinaire, le bacterium lactis aérogène, il est fort analogue au bacterium dysentérique de Chantemesse et Widal, au bacterium de l'endocardite de Gilbert et Lion, de Weichselbaum, au bacterium de l'entérite de Gaertner. Il n'est pas prouvé qu'il soit identique au bacterium typhique.

Le bacterium coli peut devenir pathogène dans l'individu lui-même et déterminer des manifestations pathologiques variables. Sur l'intestin il peut déterminer : 1° des entérites infectieuses, les unes aiguës (choléra nostras, choléra infantile, pseudo infection puerpérale, entérite infectieuse des enfants), les autres prolongées (entérite cachectisante des enfants, choléra nostras prolongé); 2° la dysenterie. Il peut forcer la barrière intestinale et donner lieu à des péritonites (choléra herniaire). Il peut remonter les voies biliaires (ictère simple, ictère grave ou pseudo grave, angiocholite suppurée); il peut encore donner lieu dans la bouche à des fausses membranes, dans l'estomac et l'intestin à des infarctus, au niveau de l'anus à des abcès. Il peut agir plus loin encore et infecter l'endocarde, le corps thyroïde. Enfin l'infection peut provenir encore chez l'homme d'une autre origine que de l'intestin (méningites, infection urinaire, lésions pulmonaires, pleurales, articulaires) et s'associer à d'autres microbes. En général les lésions qu'il produit et leur symptomatologie n'ont rien de spécial. C. LUZET.

Sur les propriétés pathogènes du bacterium coli commune, par Michelangelo VIVALDI (*Archivio ital. di clin. medica*, n° 5, 598, 1891).

Vivaldi mentionne une propriété nouvelle du bacterium coli, qui n'a pas encore été signalée, cette propriété consiste dans la réduction que

subit le sang artériel, qui présente au bout de peu temps une teinte foncée, analogue à celle du café. On peut mettre en évidence cette propriété en ajoutant à un tube de gélatine fluidifié, ensemencée avec une culture de bacterium coli 1/2 centimètre cube de sang artériel, recueilli dans un récipient stérilisé, et soigneusement défibriné. Si l'on fait des plaques avec ce mélange, on constate au bout de 10 à 12 heures que chaque plaque présente une teinte foncée qui va en augmentant d'intensité.

Dans ses recherches cliniques, Vivaldi a pu observer un cas d'abcès hépatique consécutif à la fièvre typhoïde, et trois cas de péritonite fibrino-purulente, dus au bacterium coli. Il n'a pu reproduire d'abcès hépatique, par l'injection de culture de bacterium coli dans les veines mésentériques des chiens, le foie présentait de la dégénérescence graisseuse, mais l'ensemencement de différents milieux fait avec le tissu hépatique n'a donné lieu au développement d'aucun organisme. Les microorganismes introduits seraient donc rapidement détruits.

Parmi les trois cas de péritonite dus au bacterium coli, deux étaient consécutifs à une entérite avec ulcération (l'intestin n'étant perforé que dans un seul cas), et le troisième était survenu chez un malade atteint de rétrécissement cancéreux du rectum, l'obstacle avait entraîné la formation de dilatations considérables des veines hémorrhoïdaires et des troubles circulatoires très accentués des tuniques de l'intestin.

Vivaldi a fait de nombreuses expériences sur les cobayes, afin de déterminer dans quelles conditions survient chez eux la péritonite, après injection péritonéale de cultures de bacterium coli, tantôt les animaux n'ont ressenti aucun trouble, tantôt lorsque la culture injectée était très riche en microbes, ils ont succombé en deux ou trois jours, mais l'autopsie n'a montré aucune localisation, ou tout au plus une légère hyperémie du tissu conjonctif sous-péritonéal. Le sang de ces animaux contenait le bacterium coli; ces résultats négatifs sont en contradiction avec ceux de Frænkel, qui a pu déterminer dans les mêmes conditions expérimentales, des péritonites fibrino-purulentes. Vivaldi pense que du pouvoir d'absorption du péritoine, variable suivant les cas, dépendent les différences dans les résultats des expériences ; si ce pouvoir d'absorption est diminué par suite de diverses circonstances, et que le liquide injecté stagne dans le péritoine, on obtient alors une péritonite. Chez un cobaye auquel il avait injecté dans le péritoine, sans produire de désordres, une culture de streptocoques pyogènes, il injecta quelques jours après, une culture de bacterium coli, il s'ensuivit une péritonite fibrino-purulente, déterminée exclusivement par le microbe de l'intestin. Chez l'homme ainsi que le démontrent les faits cliniques observés par Vivaldi, le bacterium coli détermine la péritonite, s'il y a perforation de l'intestin, ou bien, sans perforation, s'il y a des lésions profondes de l'intestin s'étendant jusqu'à la séreuse, ou bien des troubles circulatoires et une diminution de l'absorption ou une irritation quelconque de cette séreuse.

G. LYON.

I. — **Intravenous inoculation of rabbits with the bacillus coli communis and the bacillus tiphi abdominalis (Inoculations intra-veineuses de coli-bacilles et de bacilles typhiques), par BLACHSTEIN** (*John Hopkins Hospital Bulletin, juillet* 1891).

II. — Additional note concerning the intravenous inoculation of the bacillus typhi abdominalis (Note additionnelle sur l'inoculation intra-veineuse du bacille typhique), par WELCH (*Ibidem, août* 1891).

I. — L'injection d'une émulsion de coli-bacilles dans la veine auriculaire de lapins détermina la mort dans certains cas suivant la quantité, l'âge, le pouvoir toxique de la culture injectée, et aussi suivant l'idiosyncrasie des animaux. Quand la mort survint au bout de peu de jours, on trouva les bacilles surtout dans le foie, la rate et dans la bile. Des autres animaux, les uns survécurent, et leur autopsie fut négative, les autres succombèrent au bout de 8 à 20 jours avec des lésions d'infection chronique; la plupart des organes étaient normaux; le foie seul présentait un certain nombre de foyers cirrhotiques et nécrotiques contenant le bacille injecté ; la bile, incolore et aqueuse, contenant des flocons composés de cellules nécrosées et de coli-bacilles encore vivants et cultivables. La bile des animaux sains resta stérile.

Des expériences semblables faites avec le bacille typhique montrèrent que ce microbe peut parfois se garder longtemps vivant dans la bile (dans un cas plus de quinze semaines).

II. — A la suite d'une expérience du même genre, chez un lapin qui pendant sa vie n'avait présenté aucun trouble, et qui avait été tué par une autre infection, Welch a retrouvé dans la bile le bacille typhique vivant et cultivable 128 jours après l'injection. LEFLAIVE.

Ueber einen Bacillus im Blute von Masernkranken, par P. CANON et W. PIELICKE (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 16, *p.* 377, 18 *avril* 1892).

Canon et Pielicke ont examiné, sur des préparations coloriées, le sang de 12 morbilleux et y ont toujours trouvé un même bacille, de dimensions très variables, ne se colorant pas uniformément et affectant parfois l'apparence soit d'un diplobacille, soit d'un diplocoque. Ce bacille est en quantités très diverses dans le sang ; il forme assez volontiers des amas de 8 à 20 individus ; ces groupements n'ont rien de caractérisque. Canon et Pielicke ont retrouvé ce bacille dans le sang durant toute la période fébrile de la rougeole, une fois même 3 jours après l'apyrexie. C'est d'ailleurs à l'approche de la crise thermométrique que ces bacilles sont le plus nombreux dans le sang. Ils ne se colorent pas par la méthode de Gram.

Chez 7 enfants qui venaient d'avoir la rougeole et dont quelques-uns portaient encore des traces de l'exanthème pâli, l'examen bactériologique du sang est resté négatif. Il en a été de même de celui d'un enfant mort depuis 10 heures d'une rougeole.

En dehors du sang des morbilleux vivants, Canon et Pielicke ont vu ces bacilles dans les crachats et les sécrétions nasale et conjonctivale de ces malades.

Ces bacilles ne sont cultivables ni sur l'agar glycériné ni sur le sérum sanguin, ni dans le lait de femme ; en revanche, Canon et Pielicke ont réussi à les cultiver dans du bouillon (*R. S. M.*, XL, 87). J. B.

Examen bactériologique du sang dans la rougeole, par JOSIAS (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 *mai* 1892).

Josias a examiné le sang de 24 enfants atteints de rougeole en pleine

éruption, en suivant les indications de Canon. Les résultats ont été constamment négatifs, tant pour l'examen microscopique que pour les cultures.

Laveran confirme les résultats négatifs de Josias. Dans le sang recueilli sur des malades du Val-de-Grâce il n'a rien trouvé. H. L.

De l'influence de la paralysie vaso-motrice sur l'évolution de l'inflammation produite par le streptocoque de l'érysipèle, par OCHOTINE (*Arch. de méd. exp.*, *IV*, 2).

En arrachant le ganglion cervical supérieur du lapin, on provoque l'hyperémie de l'oreille du côté opéré, l'anémie du côté opposé. Si l'on inocule alors une culture de streptocoque sur une oreille hyperhémiée et une oreille anémiée, et à des animaux différents, on observe des variations dans l'inflammation érysipélateuse pour chaque oreille. Du côté anémié elle est plus bénigne, plus tardive, plus courte; du côté hyperémié elle suit un cours moins favorable et dépasse même l'intensité de l'érysipèle développé sur une oreille normale. La paralysie vaso-motrice a donc empiré l'affection. Du reste, cette paralysie joue un rôle moins grand que la réceptivité, et l'immunité individuelle des lapins. L'hyperémie vaso-paralytique n'intervient d'une façon utile que secondairement, pour hâter la résorption des produits inflammatoires.

GIRODE.

Sur quelques points concernant l'immunité contre le tétanos, par L. VAILLARD (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 4, *p.* 224 1892).

L'immunité peut être conférée d'une manière durable au lapin par l'inoculation dans le sang de doses massives de cultures de tétanos filtrés, chauffées à des températures progressivement décroissantes, 60°, 55°, 50°, puis de quantités graduellement augmentées de cultures filtrées dont la toxicité est entière. Ce moyen a été indiqué, il y a plus d'un an, par Vaillard, à la Société de biologie. On peut vacciner de même les cobayes avec des doses infiniment moindres et plus fréquemment répétées.

Si l'on emploie la toxine modifiée par l'iode, le résultat est encore plus rapide, l'iode modifiant instantanément le poison tétanique. Trois injections à 3 jours d'intervalle (3 cent. c. de culture filtrée additionnée de 1 cent. c. d'eau iodée à 1/500 de 6 cent. c. additionnée de 1 cent. c. d'eau iodée près de 12 cent.c. additionnée de 2 cent.c. d'eau iodée) suffirent pour déterminer l'état réfractaire chez le lapin (15 jours après la dernière injection) on peut immuner de même et le cobaye et le rat.

L'injection de doses progressives de culture filtrée à toxicité entière peut aussi conférer l'immunité. On peut aussi avoir recours à l'inoculation microbienne (inocul. de quantités d'abord très faibles de culture de microbe tétanique additionnée d'acide lactique) par opposition avec la vaccination purement chimique.

Contrairement à ce qu'avait prétendu Kitasato, ainsi qu'il l'a reconnu lui-même, le sang de la poule naturellement réfractaire au tétanos n'exerce aucune action sur le poison antitétanique, mais il devient antitoxique lorsqu'on injecte dans le péritoine de cet animal une dose massive de culture filtrée. De même le sang des lapins rendus réfractaires par des inoculations répétées de cultures additionnées d'acide lactique

sous la peau de la queue ou du tronc ne présente pas généralement de propriété antitoxique appréciable. PAUL TISSIER.

Contribution à l'étude du tétanos (2e mémoire). Etiologie, par VAILLARD et ROUGET (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 6, *p.* 385, 1892).

Les spores tétaniques pures et privées de toxine ne se développent pas dans les tissus sains. Il n'est pas facile d'isoler des spores privées de toxine. Celle-ci résiste en effet à la chaleur (65-67°), la température de 80° ne supprime pas l'activité de la toxine si elle l'atténue considérablement. En outre les bacilles tétaniques contiennent de la toxine. Pour se procurer des spores dépourvues de toxine active (non pas de toute toxine) il faut leur faire subir un chauffage de trois heures. Les spores pures ainsi obtenues ne germent pas (inoculation de quantités considérables de spores) ni chez le cobaye, ni à plus forte raison, chez le lapin.

Les spores tétaniques injectées pures dans un tissu sain ne germent pas parce que dès leur introduction sous la peau dans le péritoine elles ont été englobées immédiatement, puis détruites par les éléments cellulaires. Les phagocytes englobent les spores, aussi voit-on les spores germer et provoquer le tétanos lorsqu'elles sont protégées contre les phagocytes (acide lactique, qui exerce une action répulsive sur les leucocytes); ceux-ci détruisent les spores plus ou moins vite (lapin).

Dans les conditions naturelles de l'infection, celle-ci se produit non en vertu d'une propriété inhérente aux spores ayant séjourné dans le sol, mais en vertu d'un autre facteur favorisant. Les plaies simples, superficielles, régulières ne paraissent pas motiver les conditions propices à la germination des germes tétaniques, il en est de même pour les plaies simples avec décollement des tissus. Par contre, dans les tissus mortifiés, dans le sang épanché les spores rencontrent des conditions favorables à leur culture. Il en est de même pour les fractures sous-cutanées, du moins chez les cobayes. Et cependant chez l'homme c'est à la suite de plaies, de plaies régulières, mêmes insignifiantes que le tétanos se déclare très souvent. La présence de corps étrangers, même peu irritants, facilite singulièrement le développement du tétanos chez les animaux. L'association d'autres microbes aux spores tétaniques est encore beaucoup plus active, et il suffit alors d'une très faible quantité de germes tétaniques, même sans toxine.

Chez l'homme, dans trois cas, les auteurs ont trouvé dans la plaie provocatrice des microbes différents, agissant d'une manière certaine chez l'animal pour produire les lésions locales et favoriser en ce point la germination des spores tétaniques. Les faits cliniques concordent ici d'une façon parfaite avec les données expérimentales. Ainsi se trouve confirmée la part prépondérante des associations microbiennes dans la pathogénie de l'infection tétanique. De là résulte l'indication absolue de l'antisepsie pour les plaies légères comme pour le traumatisme grave.

Le tétanos n'est pas indéfiniment transmissible d'animal à animal parce que chez les animaux inoculés en série, la proportion des microbes contenue dans le pus de chacun d'eux décroît rapidement avec les passages et tombe finalement à un taux presque nul.

Les cas de tétanos spontanés chez l'homme s'expliquent par ce fait que les spores englobées au moment de l'inoculation (traumatique) par

les leucocytes ne sont pas aussitôt détruits : quelques-unes restent encore vivantes au bout de trois mois et plus et n'entrent en action que lorsque les germes sont mis en liberté, le leucocyte se détruisant sous une influence variable (cachexie progressive chez le cobaye, affection du foie chez le lapin, contusion, fracture, luxation, refroidissement prolongé, maladie infectieuse, troubles cérébraux chez l'homme).

PAUL TISSIER.

Recherches expérimentales sur les poisons du choléra, par GAMALEIA (*Arch. de méd. expér., IV*, 2).

On peut extraire des vibrions cholériques deux poisons différents. Le premier, peu abondant dans les cultures filtrées, se prépare en quantité plus considérable par stérilisation des cultures à une basse température. Il est instable, se décompose aisément par la chaleur ; précipite par l'alcool les acides et le sulfate de magnésie, se dissout dans l'eau alcalinisée. Injecté dans les veines, il provoque un choléra typique. Il se rapproche des *nucléo-albumines*.

A une température plus élevée, on obtient un autre poison qui semble dériver du premier. Ce deuxième toxique précipite par l'alcool, l'acide acétique et l'acétate de plomb. Insoluble dans l'eau acidulée, il se dissout dans les solutions alcalines faibles. Il n'est pas détruit en une heure à 120°. Il provoque une inflammation locale intense, l'hypothermie, les convulsions, et la mort. A petites doses, il entraîne une cachexie lente. Il appartient à la classe des *nucléines*. Le premier poison se rapproche des poisons tétanique et diphtéritique ; le deuxième, de la tuberculine de Koch et des alcali-albumines de Buchner. En somme, les principaux poisons bactériens sont les bactéries elles-mêmes et les substances constitutives de leur corps.

GIRODE.

I. — Le choléra asiatique chez les cobayes, par HAFFKINE (*Soc. de biologie*, 9 *et* 16 *juillet* 1892).

II. — Inoculation de vaccins anticholériques à l'homme, par HAFFKINE (*Ibid.* 30 *juillet* 1892).

I et II. — L'auteur est arrivé à atténuer la virulence du virus cholérique, en exaltant d'abord cette virulence par passage d'animal à animal. On obtient ainsi un virus fixe qu'on atténue en le cultivant à 39° dans une atmosphère constamment aérée. On obtient ainsi un produit qui, injecté aux animaux, les préserve de l'infection cholérique déterminée par le virus le plus intense.

L'auteur a entrepris des inoculations sur l'homme (sur lui et deux de ses amis). L'inoculation n'a produit qu'une très légère réaction locale, sans grande fièvre et sans troubles digestifs. Haffkine estime qu'après six jours l'homme a acquis l'immunité pour le choléra.

A. C.

Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur en 1891, par H. POTTEVIN (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 6, *p.* 453, 1892).

1,564 personnes ont été traitées, 9 sont mortes de rage après la fin du traitement 0,57 0/0 et sur ces 9 il faut en mettre 5 à part, les premiers symptômes rabiques s'étant manifestés moins de 15 jours après la

dernière inoculation, c'est-à-dire les centres nerveux ayant été envahis par le virus pendant le traitement. On tombe alors à une mortalité de 0,25 0/0 inférieure à celle des années précédentes ; la mortalité suit d'ailleurs une marche régulièrement décroissante.

5 personnes ont été prises de rage pendant le traitement ou le jour même de sa fin, elles avaient été mordues à la tête d'où nécessité d'un traitement très précoce.

Certains départements, depuis 4 ans, fournissent toujours un nombre très faible de malades, d'autres un nombre considérable (Algérie, Rhône, Loire, Basses-Pyrénées).

Dans la Seine, le chiffre des mordus qui s'était abaissé de 450 en 1888, à 262 en 1889 et à 113 en 1890, est remonté à 225 en 1891.

PAUL TISSIER.

Sur certains caractères des lésions histologiques de la rage, par V. BABÈS (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 4, 1892).

A côté de l'observation et de l'autopsie du chien mordu, l'examen histologique de son système nerveux central ne doit pas être négligé, sauf dans le cas où le cerveau de l'animal est à ce point macéré qu'il serait impossible de s'y orienter.

On durcit dans l'alcool absolu des tranches de moelle ou de cerveau de 5 à 10 millimètres carrés sur 3 millimètres d'épaisseur. Dès le lendemain on peut faire des coupes que l'on colore avec le bleu de méthylène ou la fuchsine de Loeffler. Il suffit de quelques minutes pour que la coloration soit parfaite : lavage à l'eau distillée, déshydratation, éclaircissement dans l'essence de girofle, montage dans le baume du Canada.

La substance médullaire n'est pas bien conservée, mais elle est peu modifiée dans la rage, et ces modifications ne sont pas caractéristiques. La substance grise et les modifications pathologiques sont très manifestes. Déjà à un faible grossissement on voit d'une manière très nette les groupes des cellules motrices des régions intéressées : parmi ces cellules, il y en a quelques-unes qui sont ordinairement pâles, vaculaires aux prolongement cassés, au noyau modifié (parfois en karyokinèse), envahies par de petites cellules rondes mononucléaires et formant le centre d'un petit nodule composé lui-même par les mêmes éléments migrateurs mononucléaires. On voit bien en même temps les vaisseaux proliférés, dilatés souvent, renfermant beaucoup de leucocytes et entourés d'espaces lymphatiques dilatés et remplis d'éléments embryonnaires parfois pigmentés.

Ce qui caractérise surtout la lésion c'est la présence de ces nodules péricellulaires qu'on ne retrouve pas dans les autres maladies nerveuses aiguës avec participation des régions motrices chez le chien et chez l'homme.

Il sont moins prononcés chez les animaux tués dans la première période de la rage que chez ceux qui ont succombé à la maladie; surtout dans les cas prolongés, l'infiltration cellulaire est très prononcée et devient plus diffuse.

PAUL TISSIER.

Des trypanosomes parasites du sang, par LAVERAN (*Arch. de méd. exp. IV*, 2).

Ce sont des protozoaires observés chez différents animaux domes-

tiques où ils peuvent engendrer des accidents particuliers. Étudiés chez les oiseaux, les poissons, les batraciens, les mammifères, ils présentent à vrai dire une grande polymorphie, mais sont peut-être des variétés d'un même parasite modifié par le milieu où il se trouve. La propagation se fait probablement par ingestion. Ces parasites vivent assez longtemps en dehors de l'organisme, et on arrive à les cultiver sur le sérum sanguin. Ils sont inoculables d'un animal à un autre de la même espèce. Ils sont beaucoup plus volumineux que les hématozoaires du paludisme, et que différents sporozoaires trouvés dans le sang des animaux. GIRODE.

I. — Sur les fonctions des capsules surrénales, par ABELOUS et LANGLOIS (*Archives de physiologie normale et pathologique, IV, p.* 465).

II. — La fatigue chez les animaux privés de capsules surrénales, par M. ALBANESA (*Archives italiennes de biologie, XVII, p.* 239, *et Atti della R. Accad. dei Lincei,* 6 *mars* 1892).

III. — Contribution à l'étude des capsules surrénales, par C. MARTINOTTI (*Archives italiennes de biologie, XVII, p.* 284).

I. — De très nombreuses recherches ont été exécutées sur les fonctions des capsules surrénales des mammifères. Les résultats sont discordants.

Les auteurs reprennent cette étude sur le cobaye où la capsule est relativement volumineuse et ne présente point habituellement de lobule accessoire. En règle générale, les animaux, après la destruction d'une seule capsule ne présentent aucun trouble apparent, ni dans la motilité ni dans la respiration. Il y a hypertrophie de la capsule intacte (Stilling).

On a noté un amaigrissement quelquefois extrême de l'animal. Dans le cas où l'on a pratiqué une destruction partielle des deux glandes, les troubles observés dépendent de la gravité des lésions et de l'intervalle mis entre la destruction de l'une ou de l'autre capsule. Quant à la destruction complète des deux capsules, Brown-Séquard (1856) a montré qu'elle entraînait fatalement la mort du cobaye entre 9 et 23 heures. Les accidents sont de deux ordres, paralytiques et convulsifs : il y a engourdissement, parésie puis paralysie des muscles postérieurs, avec conservation de la sensibilité ; paralysie du train antérieur, respiration dyspnéique, paralysie respiratoire, mort. Quelquefois avant la mort, Brown-Séquard signale des convulsions toniques et cloniques.

Les auteurs se demandent si ces phénomènes ne dépendent point chez les cobayes comme chez les grenouilles d'une auto-intoxication par accumulation dans l'organisme de substances paralysantes. Ils constatent que les muscles ont conservé leur excitabilité, mais que les nerfs moteurs ne provoquent pas de mouvements, ou ne les provoquent que difficilement, à peu près comme dans le cas du curare. Abelous et Langlois constatent ensuite la toxicité du sang des cobayes à capsules pour les grenouilles normales opérées de leurs capsules. Les injections d'extrait aqueux des capsules surrénales ont amené une survie du double de la survie moyenne et quelquefois la suppression des convulsions. En résumé : Les capsules sont des glandes vasculaires sanguines, essentielles à la vie, chargées d'élaborer des substances qui peuvent modifier, neutraliser ou détruire des poisons fabriqués sans doute au cours du travail musculaire et

qui s'accumulent dans l'organisme, après la destruction des glandes surrénales.

II. — Abelous et Langlois (1891) ont montré que chez les grenouilles la destruction des capsules entraîne la mort en 2 à 6 jours par accumulation d'un poison dans le sang. La survie est abrégée par les mouvements de l'animal. C'est cette particularité que l'auteur a voulu vérifier. Il fatigue par des excitations électriques, une grenouille normale qui se rétablit en quelques heures, et une grenouille ayant subi l'ablation des capsules qui succomba à la fatigue. Chez l'animal au repos, les symptômes de l'ablation commencent à se manifester au bout de 5 à 6 jours : chez l'animal fatigué, ils se produisent aussitôt et se développent rapidement. Mêmes expériences chez les lapins, avec même résultat : paralysie ascendante progressive qui se termine par la paralysie des muscles de la respiration, le cœur restant l'ultimum moriens.

L'auteur conclut que les capsules surrénales sont précisément destinées à détruire, ou du moins à transformer les substances toxiques qui, par l'effet du travail des muscles et des nerfs, se produisent dans l'organisme, ainsi que l'ont établi les travaux de Geppert et Zuntz et de Mosso.

III. — Canalis (1886) a observé les kariokinèses dans la couche corticale des capsules surrénales d'animaux adultes. Les capsules surrénales, même chez l'adulte, restent donc actives et il s'accomplit quelque chose d'important dans leur intérieur. Si l'on pratique des injections cutanées d'huile camphrée chez des cobayes et des lapins, ces animaux meurent par dénutrition et l'on constate, à l'autopsie, une augmentation notable du volume des capsules, et surtout une augmentation considérable du nombre des mitoses dans chaque section pratiquée sur cette zone corticale. Quelques-unes sont alors irrégulières. Après 8 à 9 jours, les mitoses diminuent et les cellules dégénèrent. Chez les animaux empoisonnés par l'alcool, l'acétone, les mitoses diminuent et il y a processus régressif des cellules médullaires.

L'inanition produit une congestion des capsules surrénales et une augmentation des mitoses de la couche corticale. DASTRE.

I. — Microorganismes de l'urètre normal, par E. PETIT et Melville WASSERMANN (*Ann. des mal. gén.-urin., juin* 1891).

II. — Sur l'antisepsie de l'urètre, par E. PETIT et Melville WASSERMANN (*Ibidem, juillet* 1891).

I. — Dans leurs nombreuses recherches, ces auteurs ont toujours constaté dans l'urètre normal l'existence de plusieurs microorganismes, micrococques et bacilles, dont les espèces varient avec les régions du canal et avec les individus, mais qui possèdent, pour la plupart, les mêmes propriétés, à savoir : 1° ils décomposent l'urée; 2° aucune espèce n'est pathogène dans les conditions ordinaires; 3° l'état normal et l'état pathologique diffèrent par le nombre de microbes plus grand dans le second cas que dans le premier; 4° on ne trouve les gonocoques groupés autour du noyau des leucocytes qu'après une infection blennorrhagique antérieure bien affirmée.

II. — Les antiseptiques absorbés par les voies digestives (salol),

même à haute dose, n'empêchent pas les urines de contenir un grand nombre de microbes pathogènes. L'antisepsie directe a été pratiquée sur 11 malades à l'aide de l'eau bouillie, d'une solution boriquée à 4 0/0, d'une solution de nitrate d'argent à 1 0/00. L'urètre antérieur, puis l'urètre postérieur, ont été lavés pendant 20 à 30 minutes avec un litre et demi à deux litres de liquide. Puis, des tubes de bouillon ont été ensemencés et ont prouvé que ces lavages étaient insuffisants à produire une antisepsie parfaite de l'urètre. R. JAMIN.

Études sur l'immunité (5e mémoire). Immunité des lapins vaccinés contre le microbe du hog-cholera, par E. METSCHNIKOFF (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 5, 1892).

Le sérum des lapins vaccinés contre le hog-choléra ne présente pas de propriété bactéricide ou antitoxique. Ce même sérum ne possède pas le pouvoir d'atténuer la virulence du microbe du hog-choléra.

Malgré l'absence de ces trois propriétés, le sérum des lapins vaccinés préserve les lapins neufs contre l'infection mortelle par la bactérie du hog-choléra. Cette propriété ne se retrouve pas dans le liquide de l'œdème provoqué par l'arrêt de la circulation. La propriété bactéricide de l'organisme des lapins vaccinés réside dans les phagocytes. Le pus des lapins vaccinés conserve pendant longtemps des microbes virulents.

L'organisme des lapins vaccinés est très sensible aux toxines du hog-choléra et ne présente pas de propriétés antitoxiques. Les phagocytes jouent un rôle très important dans la résistance des lapins vaccinés. Ils jouent également un très grand rôle dans la résistance des lapins non vaccinés, mais traités avec le sérum préservatif. Il est probable que ce liquide exerce, dans ces conditions, une influence stimulante sur les phagocytes. PAUL TISSIER.

Étude bactériologique sur les cystites, par A. MORELLE (*La Cellule*, *VII*, 2, *p.* 241).

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes : On rencontre dans les cystites, comme les travaux de plusieurs auteurs l'ont du reste déjà établi, plusieurs espèces de microorganismes. Les plus importantes sont, abstraction faite du bacille de la tuberculose, le *staphylocoque* et le *streptocoque pyogènes* et le bacille décrit par Albarran et Hallé sous le nom de *bactérie pyogène*. Dans un cas donné de cystite, on peut rencontrer une seule espèce, ou plusieurs espèces de microbes, mais comme Rovsing l'a déjà fait ressortir, le nombre d'espèces distinctes est toujours peu élevé. Il semble rarement dépasser le chiffre 3.

Le staphylocoque et le streptocoque pyogènes donnent lieu à des cystites franchement purulentes. Ces urines ont souvent une réaction alcaline, qui est due à l'action exercée par ces organismes sur l'urée (transformation en carbonate d'ammoniaque).

Albarran et Hallé considèrent avec raison leur bacille pyogène comme étant l'agent infectieux le plus important des voies urinaires. Cet organisme n'attaque pas l'urée. Il laisse par conséquent les urines acides, et c'est pour ce motif que dans beaucoup de cas il est toléré pendant longtemps, sans réaction locale ou générale marquée. Cet organisme n'est autre que le *bacillus lactis aerogenes* (Escherich), que l'on rencontre

dans les selles des enfants élevés au sein. Une comparaison minutieuse des propriétés morphologiques, physiologiques et pathogènes ne laisse subsister aucun doute sur cette identité. Des différences légères le séparent du *bacillus coli communis*.

Le bacille pyogène ou bacillus lactis aerogenes est le même organisme qui a été décrit par Clado sous le nom de *bactérie septique de la vessie*, et par Rovsing sous les noms de *coccobacillus uræ pyogenes* et de *coccobacillus uræ non pyogenes*. On doit le considérer comme identique à plusieurs des espèces décrites par Doyen.

Injecté dans l'appareil urinaire des chiens il produit des troubles généraux et une altération des urines (globules de pus). Mais ces symptômes sont transitoires. Les bâtonnets continuent pourtant à pulluler et à se maintenir dans l'appareil urinaire, vessie et bassinets. Il existe ainsi chez le chien, une certaine tolérance que l'on peut comparer à celle que l'on observe chez l'homme dans certains cas.

Le bacillus lactis aerogenes paraît très répandu. On le rencontre aussi bien dans l'urine abandonnée dans un vase, que dans celle qui imbibe le linge des individus atteints d'incontinence. Il paraît être la cause des mictions gazeuses observées quelquefois chez les diabétiques.

A. NICOLAS.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Historische Studien aus dem pharmakologischen Institut zu Dorpat. Herausgegeben von R. KOBERT (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 6, *p.* 125, 8 *février* 1892).

1° Les *amers*, par *W. Ramm*. Les expériences ont porté sur la cétrarine et l'exostemmine.

La *cétrarine* est un acide cristallisable de la formule $C^{18}H^{16}O^{8}$ contenu dans le lichen d'Islande. Ramm en a expérimenté le sel de soude. En injections intra-veineuses ou sous-cutanées, à la dose de $0^{gr},16$ à $0^{gr},18$, la cétrarine tue, au milieu de convulsions, les lapins, les chiens et les chats; chez ces deux derniers, il y a auparavant des vomissements et de la diarrhée. Introduite dans l'estomac ou injectée dans le sang, la cétrarine accroît l'énergie des mouvements stomacaux et intestinaux. A l'autopsie, on constate toujours une hyperémie de la muqueuse digestive. La cétrarine ne paraît pas influencer les organes de la circulation générale. Elle n'augmente que très faiblement et très passagèrement la sécrétion biliaire qui ne tarde pas à devenir moindre qu'à l'état normal (*R. S. M.*, IV, 62 et XXIX, 499).

L'*exostemmine* est tirée d'une écorce africaine encore mal connue, et appartenant vraisemblablement à l'exostemma fluribundum. C'est une poudre vert jaunâtre que Ramm administrait dissoute dans du carbonate de soude. Ses effets sont de même nature mais beaucoup plus intenses

que ceux de la cétrarine. 4 centigrammes, par kilogramme de poids, suffisent à tuer lapins, chiens et chats, au milieu des mêmes symptômes; seule la phase finale de paralysie centrale est plus nette.

Ramm a également recherché sur l'homme l'influence que l'ingestion de cétrarine, d'absinthine, de quassine et de colombine à petites doses (10 centigrammes au maximum) exerce sur le nombre des globules rouges ou blancs du sang. Il a constaté une augmentation très considérable des uns et des autres, aussi bien chez les individus sains que chez les anémiques.

Ramm explique les résultats thérapeutiques indubitables qu'on obtient des amers, à la fois par leurs effets sur le sang et leur action stimulante sur les mouvements de l'estomac et de l'intestin; mais il pense qu'on devrait renoncer à les employer sous la forme d'extraits en y substituant les substances actives pures (*R. S. M.*, XXXII, 480).

2° La *bryone blanche*, par *A. Mankowsky*.

Mankowsky a étudié les effets toxiques de deux glucosides amers qu'il a isolés de la racine de bryone, sous les noms de bryonine et de bryonidine. Ces deux substances se différencient surtout l'une de l'autre, parce que la première, insoluble dans le chloroforme et dans l'éther, est à peine soluble dans l'alcool, tandis que la seconde se dissout facilement dans les trois liquides.

La bryonine est absolument inoffensive. En revanche, la bryonidine, en injections sous-cutanées ou intra-veineuses, tue grenouilles, lapins, chats et chiens par paralysie centrale, sans autres symptômes morbides. Introduite dans l'estomac, au bout d'un certain temps surtout, elle irrite la muqueuse et peut provoquer des vomissements.

Des expériences faites avec les racines fraîches ont montré à Mankowsky qu'elles sont toxiques à la fin de l'automne et inertes au printemps.

J. B.

Sur quelques mélanges antiseptiques et leur valeur microbicide, par J. de CHRISTMAS (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 5, 1892).

En mélangeant plusieurs antiseptiques, on augmente leur force microbicide. L'association de phénol et d'acide salicylique augmente presque du double la puissance antiseptique des deux éléments pris isolément, ce qui semble dû à ce que l'acide salicylique facilite la solution du phénol dans l'eau.

Voici le mélange proposé sous le nom de phénosalyl, dont la valeur antiseptique serait presque égale à celle du sublimé :

Acide phénique, 9 gr.; acide salicylique, 1 gr.; acide lactique, 2 gr.; menthol, 0,10 centig.

Chauffer les trois acides jusqu'à liquéfaction. Le mélange est très soluble dans la glycérine. Il se dissout très bien jusqu'à la proportion de 4 0/0.

PAUL TISSIER.

Étude chimique et physiologique du lolium temulentum, par P. ANTZE (*Arch. f. experim. Pharm. und Pathol., XXVIII, p.* 126).

Le *lolium temulentum* (ivraie), dont la farine souille fréquemment les farines alimentaires, possède des propriétés toxiques attribuables,

d'après l'auteur, à deux alcaloïdes qu'il a pu isoler et caractériser. Ce sont :

1. La *loliine*, alcaloïde nettement basique, très volatil, d'odeur particulière, formant avec les acides des sels cristallisables;

2. La *témulentine*, alcaloïde fixe, peu soluble, susceptible de former, comme la loliine, des sels bien cristallisés. Nous renvoyons au mémoire original pour les réactions spécifiques de ces deux substances dont l'auteur ne produit, d'ailleurs, aucune analyse. Mais il a pu isoler et analyser une troisième substance, l'acide *témulentinique* ($C^{12} H^{42} Az O^{19}$) qui, sous l'influence des alcalis, se dédouble et fournit, entre autres produits, de la *témulentine*.

En raison de ce dédoublement, l'auteur pense que la témulentine ne préexiste dans la plante que sous la forme d'acide témulentinique.

Cette manière de voir est corroborée par l'action physiologique identique de la témulentine et de l'acide témulentinique qui reproduisent sensiblement l'un et l'autre les effets toxiques de l'ivraie. Ce sont des poisons cardiaques.

J. WINTER.

Ueber den Wirksamen Bestandtheil des Ricinusöles (Du principe actif de l'huile de ricin), par H. MEYER (*Arch. f. experiment. Pathol. und Pharmakol., XXVIII, p.* 145).

Les recherches de Meyer semblent établir d'une façon définitive que l'action purgative de l'huile de ricin est due exclusivement à *l'acide ricinolique*. La ricinone, principe très toxique auquel Schmiedeberg avait attribué cette action, est détruite dès la température de l'ébullition alors que l'huile chauffée à 300°, conserve intégralement ses propriétés purgatives.

J. W.

Ueber den Einfluss der Opiumalkaloide auf die Darmbewegungen (Influence des alcaloïdes de l'opium sur les mouvements de l'intestin), par LEUBUSCHER (*Deutsche med. Woch., n°* 9, *p.* 179, 1892).

Dans ses expériences sur le lapin, l'auteur a constaté que tous les alcaloïdes de l'opium n'ont pas une action identique sur les contractions intestinales. La morphine, la papavérine et la narcotine calment l'intestin; la codéine et la narcéine sont absolument dépourvues d'influence sur les mouvements de l'intestin; la thébaïne exalte la contractilité de cet organe.

L'auteur a fait prendre à une série de sujets dont les selles étaient régulières des doses de 0,01 à 0,30 centigrammes de chlorhydrate de papavérine. Ces doses déterminent parfois une constipation passagère; mais parfois aussi les résultats étaient nuls au point de vue de l'activité intestinale. Mêmes effets des injections sous-cutanées.

Chez des sujets atteints de diarrhée, le chlorhydrate de papavérine n'a pas été très efficace. Le médicament n'a agi que dans un petit nombre de cas. Chez une femme atteinte de tuberculose intestinale, la diarrhée cessait quand on donnait dans la journée 6 centigrammes du médicament; elle reparaissait dès que la médication était interrompue.

Jamais l'auteur n'a vu, chez les adultes, le chlorhydrate de papavérine déterminer d'accident d'aucun genre, pas même d'assoupissement.

C'est ce qui l'a engagé à essayer le remède chez les enfants. Les doses ont varié de 5 milligrammes à 5 centigrammes pour des

enfants dont l'âge variait de 12 jours à 5 ans. Les doses étaient renouvelées trois ou quatre fois en vingt-quatre heures. Un enfant de deux ans, par exemple, prenait des doses de 25 milligrammes du médicament. Les résultats ont été beaucoup plus nets que chez les adultes. La diarrhée a cessé rapidement sous l'influence de quelques doses. Pas d'accident.

L'auteur pense que ces doses peuvent être augmentées sans inconvénient. Le chlorhydrate de papavérine rendra, d'après lui, de grands services dans la thérapeutique infantile. L. GALLIARD.

Contribution à l'étude de l'upas antiar. Ses effets sur le cœur et les vaisseaux, principalement chez les mammifères, par M. DOYON (*Archives de physiologie normale et pathologique, IV, p.* 500, 1892).

L'upas antiar, poison des flèches de Java, a été étudié par un grand nombre de physiologistes depuis Brodie (1811). C'est un poison du cœur. L'auteur en ayant eu une certaine quantité, reprend cette étude. Introduit dans les veines, il élève la pression au double de la pression normale en produisant une vaso-constriction générale. Il produit une action en excitant les centres bulbo-médullaires. Si l'on sectionne les splanchniques, l'effet cesse pour toute la circulation intestinale, et la pression générale baisse. Ainsi, l'upas agit sur les centres vaso-moteurs, tandis que la strophantine, la nicotine, agissent sur les organes vaso-moteurs périphériques. Il se rapproche donc de la strychnine, mais son action est limitée aux origines des nerfs sympathiques, et n'atteint pas les nerfs moteurs, car elle ne comporte pas de convulsions. Une autre différence c'est que la strychnine agit sur les deux catégories de vasomoteurs. Il a aussi une action sur le cœur. L'amplitude des battements augmente, le nombre varie peu; mais les battements sont bigéminés, trigéminés régulièrement. Puis la régularité disparaît, le cœur devient ataxique. L'ataxie dépend en partie de l'élévation de pression qui détermine des intermittences des systoles avortées, en partie peut-être, par un autre mécanisme. La mort est due à l'arrêt du cœur.

La respiration est modifiée profondément. Au moment de la mort, il se produit une contracture générale de tous les muscles. DASTRE.

Sur l'action physiologique de la kavaïne, par Dario BALDI (*Arch. ital. de biol., XVII, p.* 14, 1892, *et La Terapia moderna, n*[os] 10 *et* 11).

La kavaïne est la résine α de Lewin (1886) extraite du Piper methysticum ou Kawa kawa, peu soluble dans l'eau, incristallisable, soluble dans l'alcool, l'éther, non azotée, indifférente aux acides et aux bases, soluble dans l'acide sulfurique et l'acide azotique. Injectée sous la peau d'une grenouille, elle provoque l'immobilité absolue de l'animal qui demeure flasque. Les effets sont moins intenses sur le pigeon, le lapin, le chien. La paralysie motrice suit un cours parallèle à la paralysie sensorielle. Les fibres sensitives, d'abord surexcitées, sont ensuite paralysées. Les nerfs moteurs, les muscles et les centres nerveux répondent aux excitations comme à l'état normal, lorsque les fibres sensorielles sont entièrement paralysées. L'excitabilité musculaire ne paraît nullement avoir souffert par suite de l'action directe et primitive de la kavaïne. La

kavaïne ne produit pas de paralysie motrice en paralysant directement les appareils moteurs. La paralysie motrice qu'elle produit est successive à une paralysie sensorielle. La kavaïne paraît passer dans les urines sans s'altérer. Ces dernières ne présentent alors que fort tard la fermentation ammoniacale. Les infusoires meurent dans une solution très faible de kavaïne ; les paramécies meurent en prenant une forme identique à celle qu'ils présentent lorsqu'ils sont tués par une solution de cocaïne. Le développement de la levure de bière subit un retard. Certains microbes pathogènes ne paraissent pas ressentir l'action des solutions de kavaïne qui retardent le développement du saccharomyces.

DASTRE.

Ueber die physiologische Wirkung der Cocaïnes... (Action de la cocaïne sur les animaux invertébrés), par B. DANILEWSKY (*Archiv für die gesammte Physiologie, XI, p.* 446, 1892).

Les expériences de l'auteur sur quelques représentants de tous les embranchements du règne animal l'amènent à cette conclusion que la cocaïne est un véritable anesthésique pour toutes les espèces animales : qu'elle est un poison général du protoplasma. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait un système nerveux et encore moins un système centralisé. On peut retrouver sur des parties isolées, par exemple sur les tentacules de l'actinie, tous les phénomènes de l'intoxication cocaïnique. Mais l'action universelle de la cocaïne est, de beaucoup, plus évidente sur les animaux élevés en organisation. Il paralyse la sensibilité cutanée périphérique. Il fournit un moyen de distinguer les mouvements automatiques ou volontaires des mouvements réflexes, par exemple en ce qui concerne les mouvements des chromatophores. A un degré de concentration plus élevé, la cocaïne agit en paralysant les tissus purement contractiles. Le rétablissement des fonctions après lavage prouve que la paralysie ne dépend point nécessairement d'une action destructive du protoplasma.

DASTRE.

Sur l'inuline de l'artichaut (Cynara Scolimus) et sur son absorption, par GIACOSA et SOAVE (*Archives italiennes de biologie, XVII, p.* 256, 1892, *et Giornale d. R. Accad. di medecina di Torino, n°* 6, 1891).

On ne trouve d'amidon véritable ni dans l'artichaut ni dans le cardon. On y trouve de l'inuline en sphero-cristaux; environ $2^{gr},35$ pour un artichaut de 70 grammes. De plus, dans l'artichaut haché et exposé à l'air il se forme du sucre de différentes espèces parmi lesquelles la lévulose. La digestion de l'inuline a été étudiée par un grand nombre d'auteurs, Miahle, Kulz, Hoppe-Seyler, Komanos, Dragendorff. Le suc gastrique artificiel transforme l'inuline en levulose. Le suc pancréatique en transformerait environ la moitié. La lévuline est la dextrine de l'inuline. Elle peut être absorbée en nature ou après transformation en lévulose. En résumé, l'inuline qui existe à l'état soluble est très facilement absorbée et transformée en lévulose dans l'organisme. L'inuline cristallisée est peu soluble, peu absorbable : elle se transforme dans l'intestin, partie en sucre, partie en produits intermédiaires entre l'inuline et la lévulose, tels que la lévuline.

DASTRE.

Sur l'action paralysante de la strychnine, par A. FODERA (*Archives ital. de biologie*, *XVII*, *p.* 314, *et Annali di chimica*, *XIV*, 1891).

Il y a, dans l'empoisonnement strychnique, une paralysie des plaques motrices musculaires qui survient longtemps après la période de résolution musculaire, tandis qu'avec le curare elle se manifeste initialement (Vulpian, 1882). En second lieu, le bout périphérique du nerf sciatique coupé, perd la fonction plus rapidement que le nerf intact, dans le cas du curare. C'est l'inverse qui a lieu chez la grenouille strychnisée. Enfin, le muscle plongé dans la solution de curare conserve son excitabilité plus ou moins longtemps après la paralysie des terminaisons nerveuses ; le muscle, au contraire, devient inexcitable peu après (Fodera).

Contrairement à Pickford et Poulsson, l'auteur observe qu'il n'y a point de paralysie du système sympathique, en ce sens que les excitations des viscères sont capables de provoquer les attaques de tétanos général, et cela, lors même que le bulbe et les parties supérieures de l'encéphale ont été détruits.

On admet que les accès tétaniques n'auraient pas lieu si l'on pouvait soustraire l'animal à toute excitation. En rendant anesthésique la peau de la grenouille avec la solution de cocaïne, les convulsions cessent. L'animal reste tranquille. Mais il n'est point paralysé, car une excitation profonde renouvelle le tétanos.

En résumé, la strychnine n'est paralysante pour la moelle épinière et la moelle allongée qu'à très hautes doses, ou, avec les doses moyennes, dans une phase secondaire de l'empoisonnement. Il y a une phase excitante qui débute par le bulbe rachidien (accélération respiratoire, etc.) et descend de là aux autres parties. Puis il y a une phase de paralysie qui marche en sens inverse, de la moelle au bulbe. C'est une période narcotique, mais avec une respiration saccadée ; une excitation extérieure provoque un mouvement respiratoire. Enfin l'auteur relève l'erreur d'Eckard et de Lauder Brunton qui croient que les acides ne provoquent pas une excitation capable de produire le tétanos strychnique. DASTRE.

Action de la xanthine, de l'allantoine et de l'alloxanthine comparée à celle de la caféine, spécialement par rapport à l'excitabilité musculaire, par D. BALDI (*Archives italiennes de biologie*, *XVII*, *p.* 326, *et La Terapia moderna*, n° 12, 1891).

La caféine est regardée comme une xanthine dans laquelle trois atomes d'hydrogène ont été remplacés par trois groupes méthyliques (CH^3). L'auteur a étudié comparativement l'action de ces substances et celle du groupe uréidique. Voici ses conclusions :

1° La caféine, à petites doses, est capable d'augmenter l'excitabilité musculaire, même chez le chien, comme elle fait chez la grenouille ; 2° la xanthine n'augmente ni l'excitabilité spinale ni l'excitabilité musculaire, mais elle peut déterminer comme la caféine la rigidité cadavérique ; 3° l'allantoïne n'élève pas l'excitabilité spinale, mais peut élever l'excitabilité musculaire et déterminer la rigidité cadavérique ; 4° l'alloxanthine ne produit aucun de ces effets ; 5° l'hyperexcitabilité spinale et musculaire dépend des groupes méthyliques liés au noyau xanthique ; la rigidité cadavérique est dûe à la xanthine ; 6° l'action physiologique du

groupe méthylique et celle du groupe uréidique ne sont pas absolues, mais elles dépendent du mode et du radical avec lequel chaque groupe se lie chimiquement pour former la molécule et de la manière dont il se dédouble dans l'organisme. DASTRE.

Experimentelle Daten zur Wirkung einzelner neuerer Antipyretica auf das Herz (Données expérimentales sur l'action de quelques antipyrétiques nouveaux sur le cœur), par TANSZK et VAS (*Pester med. chir. Presse*, n° 21, 1891).

Sur un cœur de grenouille isolé et artificiellement nourri (procédé Kronecker), l'antipyrine a diminué l'énergie des contractions d'une manière proportionnelle à la concentration de la solution; l'arrêt de l'oreillette a précédé celle du ventricule. Les solutions étendues d'antifébrine ont augmenté l'énergie des contractions et ont prolongé leur durée aux dépens des pauses; les fortes doses ont eu un effet opposé. La phénacétine a été sans action sur le cœur dans les limites de sa solubilité.

LEFLAIVE.

Ueber das Phenocollum hydrochloricum, par EICHHORST (*Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n°* 5, *p.* 146, 1er *mars* 1892).

Eichhorst a expérimenté le chlorhydrate de phénocolle qui, chez l'adulte, aux doses de 50 centigrammes à 1 gramme, est un antipyrétique excellent, ramenant, en moyenne, durant 4 à 6 heures, la température à la normale.

Mais la plupart de ses malades ont eu des sueurs profuses et quelques-uns des frissons, lorsque la réascension thermométrique commençait, si bien qu'il continuera à donner la préférence à la phénacétine.

Il veut toutefois signaler que sous l'influence du phénocolle, la fièvre typhoïde lui a semblé prendre un cours plus bénin.

A titre d'antirhumatismal, ce médicament est manifestement inférieur à l'acide salicylique. Comme antinévralgique, Eichhorst n'en a rien obtenu. (*R. S. M.*, XXXVIII, 512 ; XXXIX, 75 et 78; XL, 97). J. B.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'action du somnal, par MARANDON DE MONTYEL (*France méd.*, *nos* 23 *et* 24, 1892).

Le somnal aux doses de 4 à 6 grammes est un hypnotique puissant et rapide, dont l'action somnifère se manifeste au bout d'une demi-heure d'exaltation gaie. Il produit des rêves érotiques, et le réveil s'accompagne de bien-être. C'est un tonique et un accélérateur du cœur. Il a une action diurétique très marquée et très prompte. Il n'agit guère sur la température et la respiration ; son action sur le tube digestif est nulle, sauf quand il y a état maladif de l'estomac. Le somnal ne s'accumule pas dans l'organisme. LEFLAIVE.

Ueber Pental, par A. HÆGLER (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n°* 6, *p.* 184, 15 *mars* 1892).

Hægler a fait, pour de courtes opérations, une quarantaine d'anesthésies par le pental, à la dose de 5 centimètres cubes chez les enfants et de 10 chez les adultes. Ses résultats diffèrent un peu de

ceux de Hollænder (*R. S. M.*, XXXIX, 76, et XL, 96). L'anesthésie se produit au bout d'un temps variable de 1/2 à 2 minutes, très souvent précédée d'un stade d'excitation. La plupart du temps, il y a persistance du réflexe de la cornée et les malades sont encore en état d'obéir à des ordres énergiques, bien qu'ils ne sentent plus rien et ne gardent aucun souvenir. La durée de l'insensibilité, dans les conditions ci-dessus, est de 3 à 7 minutes. Hægler n'a observé consécutivement ni douleurs de tête, ni nausées, ni vomissements.

Mais le pental n'est pas aussi inoffensif que l'affirme Hollænder. A titre d'expérience, un étudiant en médecine fut anesthésié avec 10 centimètres cubes de pental, dans l'attitude assise et les vêtements desserrés. Dès les premières inspirations, il fit quelques mouvements de défense avec les bras et se cyanosa légèrement. Après 40 secondes, les bras étaient souples, les yeux ouverts et fixes, les pupilles dilatées, les réflexes cornéens subsistaient et le pouls était régulier et plein. On arrêta alors l'expérience. Au moment même, survint une dyspnée croissante avec cyanose de plus en plus intense, et malgré que la langue fut attirée, il y eut une apnée inspiratoire complète. On coucha le patient sur le sol. Son visage était livide et gonflé, son pouls insensible. Au bout de 2 minutes de respiration artificielle, les mouvements respiratoires spontanés reparurent. Deux minutes plus tard, le patient se relevait assez facilement, mais encore étourdi, et après quelques instants il reprenait ses occupations, sans accidents ultérieurs (*R. S. M.*, XL, 95). J. B.

Ueber Versuche mit Thymacetin, par JOLLY (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 14, *p.* 343, 4 *avril* 1892).

La thymacétine découverte par L. Hofmann est un dérivé du thymol analogue à la phénacétine. Elle se présente sous forme d'une poudre blanche, cristalline, difficilement soluble dans l'eau. Les expériences sur des chiens ont montré qu'à la dose de 2 grammes elle ne détermine pas encore de phénomènes toxiques.

Jolly l'a expérimentée sur une trentaine de malade atteints d'affections mentales ou nerveuses, à titre de sédatif, aux doses de vingt centigrammes à un gramme ; les résultats ont été divers. Comme phénomènes incommodes, une partie des malades ont accusé, presque immédiatement après la prise du médicament, de la congestion céphalique ; en même temps ils avaient le pouls un peu accéléré. Quelques hommes ont éprouvé aussi une sensation de compression et de tiraillements dans l'urètre, sans rien d'anormal dans l'urine. Plusieurs, après avoir ingéré cinquante centigrammes du médicament, n'ont pas tardé à être pris d'un besoin invincible de dormir.

Aussi Jolly a-t-il essayé la thymacétine, en qualité de soporifique, aux doses de cinquante centigrammes à un gramme administrées le soir à 26 malades, paralytiques agités ou délirants. L'effet hypnotique ne s'est produit que chez 16 d'entre eux, plus ou moins marqué, mais en tout cas moins net qu'avec deux grammes de chloral.

Jolly conclut que les effets de la thymacétine sont en somme analogues à ceux de la phénacétine, mais qu'elle est peut-être, en outre, un peu plus narcotique. J. B.

Untersuchung über die giftige Wirkung des Amidoacetals (Recherches sur l'action toxique de l'amido-acétal), par A. MALLÈVRE (*Archiv für die gesammte Physiologie*, *XLIX*, *p.* 484, 1891).

L'amido-acétal $CH^2(AzH^2)CH(OC^2H^5)^2$ est dédoublé par les moindres traces d'acides : il n'est pas attaqué par les alcalis; de là la possibilité de l'introduire dans le sang, milieu alcalin. Les injections sous-cutanées chez les grenouilles, souris et lapins, provoquent une brève excitation, bientôt suivie de paralysie, ralentissement considérable et affaiblissement du cœur. Les phénomènes se succèdent dans l'ordre suivant : 1° hyperexcitabilité; 2° paralysie de la respiration; 3° paralysie des muscles volontaires; 4° paralysie du cœur.

La paralysie motrice est analogue à celle du curare, frappant le nerf et respectant le muscle; de plus, l'irritabilité sensitive est accrue comme dans le cas du curare. Il y a paralysie des terminaisons motrices. L'action sur le cœur n'est pas due à l'exagération d'activité des modérateurs : elle persiste malgré l'administration de l'atropine. C'est une influence directe sur les centres automoteurs cardiaques.

Les capillaires sanguins sont fortement dilatés. Les mammifères meurent par paralysie du centre respiratoire. L'acétal non amidé agit d'abord sur les hémisphères et peut être employé comme hypnotique.

DASTRE.

Recherches pharmacologiques sur les acétones, par ALBANESE et E. BARABINI (*Archives italiennes de biologie*, *XVII*, *p.* 231, 1892).

Les auteurs reprennent l'étude de l'acétophénone ou phénylméthylacétone $CH^3-CO-C^6-H^5$, découverte par Friedel en 1857; introduite en thérapeutique par Dujardin-Beaumetz et Bardet (1885), puis étudiée par Mairet et Combemale (1886), Laborde (1885), Quinquaud (1886), Normann (1887). Les deux auteurs italiens essayent à nouveau son effet sur les grenouilles et sur les mammifères. Ils passent ensuite à la propiophénone $C^2-H^5-CO-C^6H^5$ ou phényléthylacétone, et enfin à la phénylpropylacétone $C^3-H^7-CO-C^6H^5$. Le mode d'action de ces substances est le même. Dans un premier temps, elles agissent sur le cerveau; avec une dose plus forte, la paralysie gagne la moelle et il y a suppression des réflexes : avec la dose mortelle, le bulbe est atteint, la respiration et le cœur s'arrêtent. Ces trois périodes chevauchent l'une sur l'autre dans le cas de l'acétophénone dont l'action est tumultuaire. Cette acétone est la plus toxique des trois. La phényléthylacétone a une action plus graduelle; on peut voir l'action sur le cerveau tout à fait isolée : c'est à cette dose un hypnotique. Les acétones mixtes ont une grande analogie avec l'acétone simple au point de vue de leur action. DASTRE.

I. — Ueber Blutbildungsprocesse unter dem Einfluss von Pyrodin (Processus de formation du sang sous l'influence de la pyrodine, par P. ALBERTONI (*Archiv für die gesammte Physiologie*, *L*, *p.* 587, 1891).

II. — Recherches cliniques et expérimentales sur la question de la régénération sanguine, par C. POLETTI (*Archives italiennes de biologie*, *XVII*, *p.* 167, 1892, *et Rendiconte del Instituto lombard. di sc. e lect. Serie II*, *vol. XXIV*, *Milan*, 1891).

I. — La pyrodine appartient au groupe des substances qui altèrent les

globules. Une régénération se produit après l'élimination. 1° L'ingestion de pyrodine fait diminuer les globules rouges. Les plaquettes et les leucocytes augmentent; 2° les globules rouges changent de forme ; il y a des leucocytes qui possèdent un protoplasma riche en hémoglobine, par suite d'absorption de débris d'hématie; 3° après l'élimination de la pyrodine, on compte un grand nombre de globules rouges jeunes et des plaquettes présentant tous les degrés intermédiaires jusqu'aux hématies, conformément à la théorie d'Hayem; 4° dans la moelle des os, on trouve aussi un grand nombre de plaquettes et des mitoses abondantes d'hématies mûres. Les recherches précédentes ont été exécutées chez la poule. Une seconde série a été faite chez les tritons.

1° Chez les tritons, qui ont reçu pendant plusieurs jours 15 milligrammes de pyrodine dans la cavité abdominale, il y a une diminution notable des hématies et une augmentation correspondante des leucocytes et des plaquettes ; 2° plusieurs jours après l'élimination de la pyrodine, il y a augmentation des hématies parmi lesquelles on reconnaît beaucoup de formes jeunes; 3° dans la rate de ces tritons, tués cinq jours après ces injections, on rencontre beaucoup de mitoses d'hématies; 4° chez les tritons, empoisonnés par la pyrodine après ablation de la rate, l'augmentation des leucocytes et des plaquettes était encore plus évidente ; 5° chez ces animaux dératés, les hématies jeunes étaient abondantes, mais on ne rencontrait pas de mitoses; 6° dans le foie de ces animaux, les plaquettes étaient extrêmement abondantes. En résumé, la régénération chez l'oiseau a lieu par transformation des plaquettes; accessoirement par la karyokinèse des hématies de la moelle des os. Chez le triton, la régénération a lieu par karyokinèse des hématies de la rate; après, ablation de cet organe par transformation des plaquettes formées dans le foie.

II. — L'auteur étudie la régénération du sang détruit par la pyrodine. L'anémie est proportionnelle à la dose du toxique. La régénération est plus rapide que celle qui suit des pertes sanguines. Il y a une leucocytose intense : elle est proportionnelle à la rapidité et au degré de déglobulisation. Elle diminue en raison inverse de l'accroissement des hématies. Elle est plus forte que dans le cas de pertes sanguines. Dans l'anémie malarique, on n'observe de leucocytose à aucun moment. Pendant la réparation globulaire de l'anémie malarique ou de l'anémie pyrodique, la valeur globulaire reste inférieure à la normale et d'autant plus que l'olighémie a été plus prononcée et plus rapide et de même l'hématopoièse. Ce n'est qu'à la fin de la réparation qu'elle atteint le chiffre normal. DASTRE.

Recherches expérimentales sur les effets physiologiques de la monométhylamine, par COMBEMALE et BRUNELLE (*Bull. méd. du Nord, n° 9, p.* 193, 1892).

La monométhylamine ($Az\ H^2, CH^3$) est un gaz d'odeur ammoniacale, extrêmement soluble dans l'eau et se liquéfiant un peu au-dessous de 0°. La solution à 1 p. 250 est assez caustique pour déterminer en injections sous-cutanées un œdème local dur aboutissant à une escharre. Injectée à une dose inférieure à 10 centigrammes par kilog. d'animal, la méthylamine produit des extravasations sanguines au niveau des reins, des

poumons, du cœur, de l'intestin, des variations de la température centrale, de la sialhorrée et de l'albuminurie; une dose supérieure à 15 centigrammes par kilog. est toujours mortelle. La toxicité de ce produit semble moindre quand on l'administre par les voies digestives. LEFLAIVE.

Ueber Aufnahme und Vertheilung des Chloroform... (Résorption et fixation du chloroforme, par l'organisme), par J. POHL (*Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmakol., XXVIII, p.* 239).

D'après J. Pohl, le chloroforme se combinerait facilement aux globules rouges.

La mort par chloroformisation s'accompagne toujours d'une augmentation de chloroforme dans le sang. Cette augmentation, cependant, comparée à la quantité qu'on en trouve dans les anesthésies non mortelles, est peu importante. Il faut en conclure ce fait très important que la dose toxique est très voisine de la dose thérapeutique.

L'auteur s'est servi comme moyen de recherche et de dosage du chloroforme du principe de Schmiedeberg: destruction du chloroforme par calcination et transformation du chlore organique en chlorures.

J. WINTER.

I. — Ueber den sogenannten Curarediabetes und die angebliche Schutzwirkung der Leber gegen dieses Gift (Sur le prétendu diabète curarique et l'action protectrice du foie contre ce poison), par K. SAUER (*Archiv für die gesammte Physiologie, XLIX, p.* 423, 1891).

II. — Ueber die Unwirksamkeit des Curare ... (Inefficacité du curare introduit par l'estomac), par ZUNTZ (*Ibidem, p.* 437).

I. — Cl. Bernard (1855) a observé que le curare produisait de la glycosurie. L'observation a été vérifiée par Winogradoff, Salkowski (1865), Schiff, Dock, etc. Penzold et Fleischer ont constaté le sucre dans le cas où l'animal était en état dyspnéique. Zuntz a supposé que la glycosurie était dûe, non à l'action spécifique du curare, mais à un effet accessoire (excitation des nerfs sensitifs, etc.). Dastre (1879) a montré que le sucre était dû à l'état asphyxique; Zuntz (1884), a constaté le même fait. Gaglio (1885) aurait vu le curare ingéré à petites doses dans l'estomac provoquer la glycosurie sans paralysie des muscles striés. Voisin et Liouville auraient observé le même phénomène chez des épileptiques.

Sauer soumet cette assertion à la vérification. Il ne trouve jamais de glycosurie après ingestion stomacale, tant que l'animal n'est pas troublé dans son état général.

En donnant à un lapin (dont l'estomac est ou non plus ou moins rempli), 3 décigrammes de curare, la paralysie musculaire survient en 10 minutes. Il n'y a glycosurie que si la ventilation est insuffisante. Mêmes effets si l'on introduit des doses plus petites dans le rectum. Quant à l'action protectrice exercée par le foie, l'auteur la conteste. Il a introduit le poison, soit par la veine faciale, soit par la veine porte, sans constater de différence dans l'intensité ou la rapidité de l'empoisonnement.

II. — Zuntz a fait exécuter par Jess des expériences d'où il résulte que le contact du curare avec le suc gastrique, lorsqu'il est prolongé,

affaiblit l'activité du poison ; fait en accord avec l'observation de R. Boehm que l'ébullition en solution acide détruit le curare. Quant à l'absorption stomacale, elle est faible ; car, l'urine du lapin était moins active après ingestion de 250 milligrammes qu'après injection de 30 milligrammes. Le curage ingéré est peu actif, précisément pour cette raison.

DASTRE.

Un cas d'empoisonnement par le nitrate d'aconitine, par GARAND (*Loire méd.*, 15 *juin* 1892).

Ce cas d'intoxication mortelle a été observé chez une femme, à laquelle on avait donné dans l'espace d'une heure, en trois fois, trois cuillerées à café d'une solution, contenant 120 grammes d'eau et 15 milligr. de nitrate d'aconitine. La malade avait donc ingéré un peu plus d'un milligramme et demi de principe actif. Trois pilules de cynoglosse avaient été en même temps administrées.

Les principaux symptômes de l'intoxication ont consisté en coliques, sensation de brûlure, agitation, picotements, salivation abondante, ralentissement de la respiration, paralysies des membres inférieurs, cyanose, refroidissement et quelques convulsions. Les résultats de l'autopsie ont été conformes à ce que l'on a décrit en pareil cas.

OZENNE.

Case of cocainism, par Percy SMITH (*Journ. of ment. sc., juillet* 1892).

Femme, 39 ans, bonne d'enfant, demande à être admise à l'asile le 29 mai 1889 pour se guérir de cocaïnisme. A 10 ans, et pendant longtemps, elle avait pris des injections de morphine pour combattre des névralgies, puis du laudanum contre des hématémèses provenant d'un ulcère supposé de l'estomac. Au mois d'octobre qui a précédé son admission, on lui avait conseillé la cocaïne contre ses hématémèses. Elle s'en trouva bien, augmenta peu à peu la dose, de 0,05 centigrammes à 1^{gr},56 et même 2^{gr},34. Alors elle éprouva de l'inaptitude à son travail habituel, du vertige, des palpitations, de la sécheresse de la bouche et de l'anorexie. Puis hallucinations de la vue et de l'ouïe, conversation avec des êtres imaginaires, terreurs vagues, mais conscience partielle de son état; a essayé vainement de se déshabituer de la cocaïne en prenant de la morphine qui ne produisit plus d'effet; pas d'excitation sexuelle. Par la privation de cocaïne, le calme et la lucidité revinrent ainsi que l'aptitude au travail. Ce cas se distingue des autres en ce que l'empoisonnement par la cocaïne a eu lieu d'emblée, la cocaïne n'ayant pas été prise pour se guérir de la morphine, comme il arrive généralement. DESCOURTIS.

The nature of cobra poison, par A. KANTHACK (*The Journal of Physiology, XIII, p.* 272, 1892).

On sait que le poison du cobra est une albumose. On l'a préparé par précipitation dans l'alcool et redissolution dans l'eau (Martin, 1889) ou par précipitation au moyen du sulfate d'ammoniaque et dialyse (Hankin, 1890). Cette albumose est soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool, donne la réaction du biuret, précipite à chaud par l'acide nitrique et le précipité se redissout à froid; si la solution est étendue, l'acide nitrique ne précipite à chaud qu'en présence d'une petite quantité de chlorure de sodium. L'acide picrique donne à chaud un précipité qui se redissout à froid. L'ébullition n'a pas d'effet. La saturation par le sulfate d'ammoniaque fournit un précipité. La liqueur filtrée ne donne plus la réaction du biuret : elle ne précipite point par l'acide acétique. La sa-

turation par le chlorure de sodium détermine un précipité. La liqueur présente les réactions des substances protéiques, la réaction de Millon. Le poison est donc une albumose primaire. Il ne contient pas d'alcaloïde. L'action de cette albumose est la même que celle du poison total. Elle est plus active lorsqu'on injecte de petites doses à intervalles qu'en injectant en masse. L'ébullition prolongée diminue ou détruit (20 minutes à 2 heures) la toxicité, ainsi que cela a lieu pour l'albumose de l'anthrax (Martin) et pour la tuberculine-albumose (W. Hunter). Les divers agents chimiques ont des actions différentes que l'auteur étudie. On peut conférer une sorte d'immunité en habituant l'animal à des doses minimes et successives. Weir-Mitchell et Reichert ont cru trouver dans ce venin une globuline, c'est-à-dire une substance albuminoïde soluble dans les solutions salines étendues et précipitées à concentration. C'est plutôt une hétéro-albumose provenant de la décomposition de la proto-albumose ordinaire. DASTRE.

Ueber Vergiftungen mit Dinitrobenzol, par A. HUBER (*Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte, n°* 5, *p.* 146, 1er *mars* 1892).

Dans l'empoisonnement aigu par la dinitrobenzine, provoqué chez les animaux, Huber a constaté les phénomènes suivants.

A. Pendant la vie :

1° Des altérations du sang : couleur chocolat, destruction des hématies, formation d'une raie d'absorption anormale dans le rouge du spectre ; 2° une paralysie flasque et totale des 4 membres ; 3° une dyspnée intense et de l'asphyxie ; 4° des urines foncées, réduisant la liqueur de Fehling ; l'hémoglobinurie ou la néphrite aiguë sont exceptionnelles ; 5° une chute considérable de la température.

B. A l'autopsie :

1° La dégénération graisseuse du foie ; 2° la congestion passive de la rate.

La dinitrobenzine peut être décelée dans le sang et l'urine. C'est un poison du sang et des nerfs (*R. S. M.*, XXXVIII, 517 ; XXXIX, 523.)

J. B.

THÉRAPEUTIQUE.

Note sur la médication stibiée dans le traitement de certaines formes de la tuberculose pulmonaire, par BUCQUOY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 15 *juillet* 1892).

Bucquoy préconise l'emploi du tartre stibié dans les cas nombreux où l'élément fébrile se manifeste accidentellement ou d'une manière plus ou moins persistante à une période peu avancée de la maladie ; il a eu des succès, principalement chez des tuberculeux présentant des complications pulmonaires dans la période intermédiaire entre le premier et le second degré de la phtisie, bronchite étendue, pleurésie, etc. Le tartre

stibié fait tomber la fièvre, l'accélération du pouls, sans faire du tort à l'appétit, quand il est bien supporté. Bucquoy commence par 10 à 15 centigrammes, puis, dans la période prolongée qui peut durer quatre à six semaines, ne donne plus que 5 centigrammes. Il emploie comme excipient le julep gommeux, associé à une petite quantité de sirop diacode.

H. L.

Cardiac indications and contraindications in the treatment of acute lobar pneumonia, par ANDERS (*Med. News*, *p.* 705, 18 *juin* 1892).

Dans la pneumonie aiguë, la cause de la mort est ordinairement l'insuffisance cardiaque. Trois facteurs étiologiques contribuent à déterminer cet état du cœur : 1° L'action sur le myocarde des ptomaïnes produites par le pneumocoque — c'est souvent la seule cause de la mort —; les antiseptiques et les stimulants cardiaques doivent être prescrits en ces cas. Si le pouls devient très rapide, la digitale facilitera la nutrition du cœur en ralentissant les pulsations; 2° Le second facteur est l'épuisement du cœur par distension, surcharge du cœur droit : les produits toxiques contribuent ici encore à la débilité du ventricule droit. Les ventouses, les sangsues, la saignée faciliteront la circulation; l'alcool à petite dose, et surtout la strychnine largement employée, pourront rendre de grands services; 3° La troisième cause de mort est la formation de caillots dans le cœur. Pour combattre la tendance extrême du sang à se coaguler, on aura recours aux préparations d'ammoniaque, auxquelles on pourra joindre l'alcool, la strychnine et la digitale, mais cette dernière avec une grande prudence. MAUBRAC.

Pneumonie traitée par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine, par OLIVIER (*Normandie méd.*, 1er *juin* 1892).

Chez un homme de 54 ans, atteint de pneumonie gauche avec expectoration sanguinolente et purulente, on pratique, au 8e jour de la maladie, une injection d'une seringue de Pravaz d'essence de térébenthine aux deux avant-bras et aux deux cuisses. A la suite de cette injection la température s'abaissa peu à peu et les phénomènes de prostration disparurent pendant que la phlegmasie pulmonaire s'éteignait; aux piqûres succédèrent des phlegmons dont l'ouverture donna issue à du tissu cellulaire mortifié et à un liquide purulent qui, examiné à l'état frais ne contenait pas de micro-organismes. Soumis à la culture, ce liquide est examiné au microscope, qui révèle la présence d'amas de staphylococcus pyogenes aureus. OZENNE.

Pneumonie grave, traitée par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. Guérison, par GINGEOT (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 *mai* 1892).

Un homme de 29 ans, alcoolique, entre le 1er avril à l'hôpital pour une pneumonie datant de 4 jours, localisée dans la fosse sous-épineuse droite. Le 5 avril, au matin, délire intense, 40°; nouveau point de pneumonie en avant sous le mamelon, crachats grisâtres; le soir, 40,4, diarrhée, sueur froide, agitation extrême; la pneumonie envahit presque tout le poumon droit. On fait alors à chaque membre une injection sous-cutanée de 1 gramme d'essence de térébenthine; deux heures après 39,4. Le 6 au matin, 39, pas de délire, crachats grisâtres mais plus aérés, râles abondants, mais plus gros. Enflure des quatre membres, surtout du bras droit, adénopathie axillaire.

Le 8 avril, crachats de bronchite vulgaire; 38. Le 9, les signes physiques de la pneumonie ont disparu. Le 10 avril, ouverture de l'abcès du bras

droit; il en sort 300 grammes de pus bien lié, sentant la térébenthine, avec un gros paquet de tissu cellulaire sphacélé; le 12, incision de l'abcès du bras gauche; le 13, de l'abcès de la cuisse droite; la température tombe à 37; le 14, ouverture de l'abcès de la cuisse gauche, qui ne s'était accompagné ni de chaleur ni de rougeur des téguments. Les abcès guérissent rapidement. Le pus de trois abcès sur quatre était absolument amicrobien; un seul contenait quelques rares microbes sans caractères propres.

Rendu a employé cette méthode dans trois cas très graves: il a eu trois insuccès. H. L.

Sur l'action des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine, par CHANTEMESSE, RENÉ et MARIE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 *mai* 1892).

Les auteurs rappellent d'abord que les vrais abcès critiques renferment à foison des germes pathogènes, que les abcès consécutifs aux injections sont totalement privés de microbes. Ils rapportent 8 cas de pneumonies observées chez des vieillards, toutes mortelles, malgré les injections de térébenthine. Les résultats locaux ont été très divers; quelques malades n'ont eu ni douleur, ni tuméfaction locale; d'autres, des réactions locales intenses, sans bénéfice pour l'état général; ces injections sont parfois atrocement douloureuses. Ils ont fait une série d'injections expérimentales sur des lapins sains ou infectés par le pneumocoque et le streptocoque; chez les lapins sains, elles déterminent une fièvre vive, ils résistent ou meurent selon la quantité de liquide injecté. Chez les animaux infectés par le pneumocoque et le streptocoque, les injections ont paru avancer l'heure de la mort. H. L.

Casuistischer Beitrag zur Behandlung der Lungenembolie, par ŒDER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 17, *p.* 411, 25 *avril* 1892).

Accidents d'embolie pulmonaire cédant à des injections massives de camphre.

Femme de 44 ans, atteinte d'une double lésion mitrale et d'un fibrome utérin.

En rentrant d'une sortie de quelques heures qui l'avait agitée moralement, elle se plaint de légères douleurs dans le membre inférieur droit. Comme il n'y avait pas trace de thrombose veineuse, on mit ces douleurs au compte de la pression du fibrome sur le plexus sacré.

A 7 heures et demie du soir, accès brusque d'oppression avec constriction thoracique.

Perte partielle de la connaissance, respiration superficielle, sueurs froides, refroidissement des extrémités, cyanose intense des lèvres et des ongles; 120 pulsations régulières, mais faibles.

Râle trachéal très fort. Dans les 2 poumons, mais surtout dans le droit, râles à grosses bulles masquant complètement le murmure vésiculaire et les bruits du cœur. Par instants, la malade porte convulsivement les mains au côté droit du thorax. Mort paraissant imminente.

Injections sous-cutanées de 20 centigrammes d'huile camphrée de 5 en 5 minutes.

Légère amélioration au bout d'un quart d'heure: agitation moindre, pouls plus énergique et moins fréquent; persistance de l'orthopnée, chiffre des respirations impossible à compter.

Trois quarts d'heure plus tard, nouvelle amélioration: 100 pulsations, 36 respirations, râle trachéal disparu; expectoration de crachats fluides, incolores. Vers 11 heures du soir, la dyspnée augmentant de nouveau, on re-

prend les injections de camphre. A la base postérieure du poumon droit, près du rachis, submatité avec râles crépitants.

Le lendemain matin, rejet par la toux de crachats pelotonnés, sanguinolents, très abondants. A midi, Ewald constate l'existence de deux foyers d'infarctus, à la partie postérieure du poumon droit, l'un en haut, l'autre en bas. Dès lors, rétablissement graduel et parfait. En une heure, on avait injecté 2 gr. 4 de camphre. J. B.

On the use of digitalis in aortic disease, par Alfred BARRS (*Brit. med. j.*, *p.* 542, *mars* 1892).

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes:

1° Dans toutes les maladies valvulaires, les conditions dangereuses pour le cœur dépendent de la dilatation et de l'hypertrophie des cavités cardiaques;

2° Les symptômes graves des affections du cœur sont le résultat d'un défaut de compensation;

3° Dans les maladies de l'aorte, les dangers sont les mêmes et tiennent aux mêmes causes, c'est-à-dire à la défaillance du muscle cardiaque;

4° La digitale, qui rend de signalés services dans les maladies mitrales, n'est pas moins utile dans les affections de l'aorte. H. R.

Action de la digitaline sur la circulation pulmonaire, par HEGER (*Bull. de l'Acad. de méd. Belgique*, *n°* 5, *p.* 399, 1892).

D'expériences faites sur des chiens il résulte que la digitaline (amorphe) agit avec la plus grande énergie sur le ventricule gauche et sur le réseau aortique et n'a pas d'action directe sur les vaisseaux pulmonaires. Elle semble surtout indiquée dans les cas de faiblesse cardiaque sans lésion valvulaire ou encore d'insuffisance mitrale ; elle lève la stase ventriculaire gauche et par là, comme par une *saignée du poumon*, elle exerce une influence déplétive sur la circulation pulmonaire.

LEFLAIVE.

Note sur l'action thérapeutique de la digitale, par MASIUS (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, *n°* 4, *p.* 265, 1892).

La digitale, administrée en infusion à la dose de quatre grammes dans 24 heures, agit comme tonique du cœur ; elle en relève l'énergie, régularise ses battements, combat la stase veineuse, l'œdème, la dyspnée ; s'il y a fièvre, elle ramène la température à la normale.

L'action tonique devient sensible, en général, seulement après trente-six heures. Les doses journalières de quatre grammes peuvent être continuées le plus souvent pendant trois et quatre jours avec grand avantage. Elles ne semblent pas provoquer d'effets fâcheux secondaires sur les voies digestives plus fréquemment que les petites doses, ni favoriser l'apparition de la période paralytique.

L'action cumulative ne paraît pas à redouter d'une manière spéciale, bien que l'effet du médicament se fasse encore sentir pendant trois à sept jours après sa suppression.

Dans la pneumonie, à la dose de quatre grammes, la digitale n'exerce qu'une action favorable sur le cœur et la température ; elle ne détermine pas la crise et n'empêche pas la terminaison funeste dans les cas graves. LEFLAIVE.

Ueber die therapeutische Anwendung des Diuretin, par A. HOFFMANN (*Arch. f. exp. Patholog. u. Pharmakol., XXVIII, p.* 1).

La diurétine est, comme on le sait, un sel double : le théobromine-salicylate de sodium. Les diverses variétés commerciales n'ont pas une composition constante. Son action physiologique dérivant du théobromine, il est bon d'en connaître la composition. Un bon sel doit renfermer jusqu'à 50 0/0 de théobromine.

C'est un excellent diurétique ayant une action élective sur l'épithélium rénal, avec retentissement sur la circulation et l'état général, à la dose de 5 grammes par jour on n'observe pas de phénomènes nocifs accessoires. Pas d'effets accumulatifs : son action s'arrête dès que l'on suspend le médicament.

On observe rarement de l'accoutumance. J. WINTER.

An indication for treatment in hemifacial atrophy, par DERCUM (*The Journal of nervous and mental disease, février* 1892).

L'auteur fait remarquer que dans les cas de névralgie faciale dans lesquelles on coupe le trijumeau il ne survient aucun trouble trophique du côté de la peau du visage ou des parties profondes de la face ; d'autre part il pense que l'atrophie faciale progressive est due, non pas au défaut d'action du nerf trijumeau, mais à un trouble dans l'action trophique de celui-ci, il conseille donc de le sectionner, car la suppression de ce nerf ne donnant naissance à la production d'aucun désordre dans la nutrition des parties qu'il innerve, est moins à craindre que la déviation de son action trophique. PIERRE MARIE.

Heilung schwerer puerperaler Osteamalakie... (Guérison d'un cas grave d'ostéo malacie puerpérale par le phosphore), par STERNBERG (*Wien. klin. Wochen., n°* 26, 1891).

Une femme, atteinte d'ostéomalacie grave depuis 41 mois, fut soumise au traitement par le phosphore. Elle prit chaque jour une cuillérée à café d'une solution au millième de phosphore dans l'huile de foie de morue. Au bout de 5 semaines, elle pouvait s'asseoir; au dout de 3 mois, toute sensibilité des os à la pression avait disparu et la malade pouvait se tenir debout et faire quelques pas. Au bout de quarante semaines, elle marchait sans appui et pouvait être regardée comme complètement guérie. LEFLAIVE.

Behandlung der Chorea mit Exalgin, par Hugo LŒWENTHAL (*Berlin. klin. Wochens., n°* 5, *p.* 95, 1er *février* 1892).

Lœwenthal a traité 35 choréiques, âgés de 3 à 18 ans, par l'exalgine, administrée en poudre, dans de l'eau sucrée chaude, à la dose quotidienne de 60 centigrammes à 1 gramme au plus, répartie en 3 ou 5 prises de 20 centigrammes chacune; seul un enfant de 3 ans n'a pris que 3 doses de 10 centigrammes par jour ; les résultats de ce traitement ont été généralement satisfaisants. Sa durée a oscillé entre huit jours et quatre mois.

Lœwenthal n'a pas observé de symptômes d'empoisonnement, ayant soin de suspendre la médication dès qu'elle occasionnait quelque phénomène accessoire fâcheux. La reprise du médicament n'a jamais été

suivie de la réapparition du phénomène fâcheux pour lequel on l'avait interrompue, mais elle a donné lieu parfois à la production d'autres symptômes incommodes. Lœwenthal a noté trois fois un phénomène accessoire non encore signalé, l'ictère et, dans un service voisin, Gast a fait la même remarque chez un adulte. L'urine et le sang n'ont rien offert d'anormal.

En somme, l'exalgine n'est pas un spécifique de la chorée.

Lœwenthal rappelle que Moncorvo (*Bull. génér. de thérap.*, 1890) a également traité avec succès une fillette choréique par l'exalgine (*R. S. M.*, XXXIV, 492 ; XXXVI, 497 et 503; XXXVII, 84). J. B.

Ueber die subkutane Blutinjection und über... (De l'injection sous-cutanée de sang et d'une nouvelle méthode de transfusion intra-veineuse) par v. ZIEMSSEN (*Münch. med. Woch., n° 19, p.* 323, 1892).

L'injection sous-cutanée de sang en nature peut être utilisée au lieu de la transfusion, et on peut injecter de grandes quantités de sang (367 et 440 cmc.) sans produire d'accidents locaux pourvu que les instruments soient strictement antiseptiques. Il ne se produit pas d'hémoglobinémie, ni d'hémoglobinurie. Souvent, dès le lendemain, la quantité d'hémoglobine du sang a augmenté de 10 à 15 0/0, mais régulièrement elle s'abaisse les jours suivants, soit par exagération de la sécrétion biliaire, soit parce qu'il se fait des tissus au sang un apport considérable de liquide.

La transfusion intra-veineuse doit cependant être conservée, quand on veut avoir des résultats immédiats. Dans ce cas, Ziemssen emploie deux aiguilles creuses qu'il enfonce dans les veines du coude du transfusé et du donneur de sang, une seringue stérilisée sert à retirer le sang et à l'injecter. Il faut avoir trois seringues à sa disposition : une qui injecte, pendant que la seconde se remplit et que l'on nettoie la troisième. Presque dans tous les cas, on peut ainsi obtenir une transfusion sans aucune réaction fébrile ; les dangers d'injection de caillot et de ferment de la fibrine sont réduits au minimum. C. LUZET.

Ueber chirurgische Anwendung des Thiopheniodids (De l'emploi chirurgical du thiopheniodide), par Auguste HOCK (*Therapeut. Monastshefte, n°* 2, 1892).

L'auteur a employé le thiophéniodide en poudre sous forme de gaze à 10 0/0, préparée avec la solution suivante : thiophéniodide, 50; alcool rectifié, 500; éther sulfurique, 500; glycérine, 10. Cette gaze a une odeur agréable non pénétrante. Il a obtenu de très bons résultats dans des plaies cancéreuses, tuberculeuses, dans les phlegmons, les abcès du sein, les caries osseuses, etc. Aucun symptôme d'intoxication, pas d'irritation de la peau. PAUL TISSIER.

I. — Ueber Harnsäurelœsung, insbesondere durch Piperazin, par Martin MENDELSSOHN (*Berlin. klin. Wochens., n°* 16, *p.* 384, 18 *avril* 1892).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibidem, p.* 390).

III. — Ueber das Piperazin. Entgegnung..., par BIESENTHAL (*Ibidem, n°* 30, *p.* 754, 25 *juillet*).

I. — Mendelssohn conteste l'utilité de l'administration à l'intérieur de la pipérazine dans la lithiase rénale et la diathèse urique parce qu'il ré-

sulte de ses expériences *in vitro* que si la solution aqueuse de pipérazine est en état de dissoudre à la longue les calculs uriques, dès que ces calculs ou de l'acide urique pur se trouvent dans une quantité même faible d'urine, la pipérazine perd tout pouvoir dissolvant.

II. — Schmidt et Biesenthal objectent aux expériences de Mendelssohn les excellents résultats thérapeutiques obtenus avec la pipérazine. Ce dernier dit même l'avoir prescrite avec succès dans un cas d'athérome aortique avec anasarque des membres inférieurs.

III. — Mendelssohn ayant donné entre autres preuves expérimentales de l'inefficacité de la pipérazine contre les calculs urinaires, le fait que l'urine reste acide même après un usage prolongé de ce médicament, Biesenthal réplique que c'est au contraire un avantage de cette médication. En effet, l'ingestion des eaux minérales alcalines à doses considérables et longtemps continuées, favorise la formation des calculs rénaux et vésicaux, en neutralisant l'acide phosphorique et en permettant ainsi le dépôt de phosphate de chaux.

D'ailleurs depuis sa dernière publication (*R. S. M.*, XL, 98), Biesenthal est en possession de 47 cas de sa clientèle et d'environ 220 cas de la pratique de ses collègues, qui prouvent l'efficacité de la pipérazine. Tous les observateurs sont d'accord pour reconnaître que c'est un médicament très sûr dans la goutte aiguë, et capable d'éloigner le retour des accès dans la goutte chronique, lorsqu'on en administre régulièrement 2 à 3 grammes par semaine. Mais là ne se borne pas le champ d'applications de la pipérazine. Elle est également précieuse dans les coliques néphrétiques et dans certaines hémorragies des voies urinaires. Biesenthal estime qu'il y a lieu également de l'essayer dans toutes les maladies qui s'accompagnent d'une augmentation d'acide urique; leucémie, ainsi que Mosler l'a vu (*Therap. Monatshefte*, mars 1892); chlorose; pneumonie franche; emphysème pulmonaire; œdèmes cardiaques. J. B.

Value of quinine in malarial hematuria, par HARE (*Med. News*, *p.* 636 4 *juin* 1892).

Dans les documents qui lui ont été fournis par plus de 150 médecins, Hare voit que plus du tiers regarde cette complication comme fréquente et grave : quelques-uns mettent le taux de la mortalité à 25 0/0 ; 20 considèrent l'emploi de la quinine comme utile, 28 la croient dangereuse, et 27 ont vu son emploi déterminer une attaque. Hare croit qu'il faut tenir grand compte des idiosyncrasies individuelles. Chez les sujets à tendance hémorragique, la quinine, peut, sans aucun doute, produire une hématurie.

Vaughan a observé de très nombreux cas de fièvre intermittente, mais n'a jamais vu d'hématurie; pour lui l'hématurie dépend de quelque autre chose que la quinine ou la plasmodie malarienne. MAUBRAC.

Weitere Mittheilungen über die mechanische Behandlung des Erysipels, par WŒLFLER (*Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark et Berl. k. Woch.*, 28 *mars* 1892).

Barwell avait pensé, en appliquant du papier vernissé à la limite des zones malades, priver d'oxygène les érisypélocoques. Wölfler, qui a adopté ce traitement mécanique de l'érysipèle, n'a pas tardé à se convain-

cre que ce n'était pas l'exclusion de l'air, mais bien la compression qui formait l'essentiel du procédé. Après le topique de Barwell, il eut d'abord recours à la traumaticine (*R. S. M.*, XXXVI, 93) et finalement au diachylon.

Quand il s'agit d'érysipèle de la tête, on rase le cuir chevelu pour pouvoir y appliquer des bandelettes de la largeur du pouce, avec lesquelles on cerne les parties malades. Pour plus de sécurité, on peut appliquer une deuxième bandelette de diachylon à quelque distance de la première.

Dans la plupart des cas, la rougeur s'arrête au niveau de cette barrière; les tissus se gonflent énormément et la fièvre dure encore quelque temps avant de disparaître, en même temps que la rougeur diminue.

Après 2 à 3 jours d'apyrexie, on peut généralement enlever le diachylon. La durée moyenne de l'érysipèle est considérablement raccourcie.

Dans les érysipèles du membre inférieur, l'efficacité du traitement n'est pas aussi grande, parce que les érysipélocoques ont des voies profondes qu'ils peuvent suivre au-dessous de la barrière superficielle qui leur est imposée.

Wölfler publie 60 cas d'érysipèle dont 58 ont guéri et 2 se sont terminés fatalement par septicémie suraiguë. J. B.

Ueber Dermatol, Europhen, Gallacotophenon, par O. ROSENTHAL (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 11, *p.* 245, 14 *mars* 1892).

A. *Dermatol.* — Sur les ulcères de jambes, il agit très différemment suivant les cas. Tantôt il fait disparaître les douleurs, diminue les sécrétions, active le bourgeonnement et la cicatrisation ; tantôt au contraire il exaspère les douleurs.

C'est à bon droit qu'on a pu dire que dans cette affection l'iodoforme et le dermatol sont en quelque sorte antagonistes. Lorsque l'iodoforme n'est pas toléré, le dermatol calmera la sensibilité douloureuse, et inversement.

Sur le chancre induré, son action est si favorable qu'on peut s'en servir pour le diagnostic d'avec le chancre mou, contre lequel il est presque impuissant. (*R. S. M.*, XXXIX, 76, et XL, 117).

B. *Europhène.* — Il a de bons effets dans le *chancre mou*, mais ils sont moins rapides et moins sûrs que ceux de l'iodoforme, qui n'a contre lui que son odeur.

Dans les *ulcérations syphilitiques* du pharynx et le *lupus ulcéreux* il a une action égale à celle de l'aristol ; il est peu utile sur les ulcères des jambes.

En somme, ni le dermatol ni l'europhène ne peuvent songer à détrôner l'iodoforme, mais ils sont aptes à en restreindre beaucoup l'emploi. Toutefois l'europhène coûte le quadruple de l'iodoforme. (*R. S. M.*, XXXIX, 94).

C. *Gallacotophénone.* — Découvert par Nencki; c'est un jaune d'alizarine. Rosenthal l'a expérimenté, en pommade au dixième, dans plusieurs cas de psoriasis, concurremment avec la chysarobine et l'acide pyrogallique. Son action est indéniable, mais très lente et nullement comparable à celle des deux derniers médicaments ; c'est tout au plus si il est, à cet égard, l'égal de l'aristol. (R. *S. M.*, XXXIX, 77). J. B.

Ueber Dermatol, par R. STIERLIN (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 7, p.* 212, 1er *avril* 1892).

Stierlin confirme la parfaite innocuité du dermatol après s'en être servi pour plusieurs centaines de pansements. Mais il déconseille de s'en servir sur les petites plaies infectées en voie de suppuration, sur les panaris et les furoncles; il forme alors avec les sécrétions une croûte épaisse et résistante au-dessous de laquelle le pus est retenu; avant de l'employer, il faut attendre que la suppuration soit tarie.

En outre, vu la croûte solide fermée sur les plaies sécrétantes, il ne faut jamais appliquer directement sur le dermatol de l'ouate qui se feutrerait; on doit interposer un morceau de gaze.

Le sous-gallate de bismuth donne d'excellents résultats partout où on a besoin d'un topique astringent, absorbant et dessicatif; il agit aussi bien, mais non mieux, que l'iodoforme. En revanche, malgré l'espoir de ses inventeurs (*R. S. M.*, XXXIX, 76), il ne saurait le remplacer partout, car il n'est pas un antiseptique aussi énergique ni un antituberculeux.

J. B.

Europhen bei Verbrennungen, par SIEBEL (*Berlin. klin. Wochens., n°* 8, *p.* 177 22 *février* 1892).

Siebel qui a signalé (*R. S. M.*, XXXIX, 94), la possibilité de remplacer l'iodoforme par l'europhène, a employé celui-ci avec avantage dans 30 cas de brûlures de divers degrés. Pour éviter toute irritation cutanée, il conseille de se servir de pommades à 3 0/0.

Lui-même a ingéré, chaque jour, durant 3 semaines, 1 1/2 gramme d'europhène sans en ressentir le moindre inconvénient ni la moindre diminution d'appétit. J. B.

Deux cas de tétanos traités par des injections de sang antitoxique, par L. RINON (*Annales de l'Institut Pasteur, n°* 4, *p.* 233, 1892).

Premier malade, 29 ans, charretier, chute sur la tête dans une écurie, blessure de la région auriculaire droite, trois semaines après, frissons puis signes complets du tétanos. Injections de sang défibriné de lapin réfractaire au tétanos (57 centimètres cubes en tout), 16 centimètres cubes, le 2 avril; le 30 mars 13 centimètres cubes à midi; 18 centimètres cubes à 4 heures, le 3 avril; 10 centimètres cubes à 10 heures du matin, le 4 avril; mort le 4 avril.

Deuxième malade, 57 ans, le 2 avril, écrasement du petit doigt par un tombereau, le 9 avril, frissons. A son entrée, le 13 avril, tétanos typique, à 5 heures et demie du soir, injection de 20 centimètres cubes de sang défibriné de lapin rendu réfractaire; le 14 avril, à 10 heures du matin, 20 centimètres cubes de sang défibriné de lapin réfractaire, à 5 heures du soir, nouvelle injection égale: le 15 avril, à 10 heures et demie, 18 centimètres cubes de sang défibriné, à 5 heures et demie, 13 centimètres cubes. En tout 80 centimètres de sang défibriné de lapin rendu réfractaire. Mort le 17 avril.

En résumé, innocuité complète des injections, soulagement marqué, mais très fugace. PAUL TISSIER.

Sechste Heilung des Tetanus traumaticus... (**6° Cas de guérison de tétanos traumatique par l'antitoxine**), **par TARUFFI** (*Centrabl. f. Bakt., XI, p.* 625).

Un paysan de 74 ans est blessé en chargeant une pièce de bois, au petit

doigt et se fait une plaie contuse le 15 mars 1892. La plaie, non pansée, suppura, et le 25 apparurent les premiers symptômes tétaniques qui se complètent le 26 et le 27, mais sans s'accompagner de fièvre. On fait, le soir du 27, une injection de 25 centigrammes d'antitoxine. Dans la nuit, sueurs abondantes et diurèse profuse; le trismus a diminué ainsi que les contractures de la jambe gauche ; le malade se sent mieux. Deuxième injection de 0,25 le 28 au matin; désarticulation du doigt dans la soirée. Troisième injection à 4 heures et quatrième à 10 heures. A partir du 1er au 3 avril, les symptômes tétaniques diminuent de plus en plus ; le 4, le malade commence à marcher. On constate dans le doigt amputé la présence de bacilles tétaniques très virulents. C. LUZET.

HYGIÈNE

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique. Directeur, Jules ROCHARD (*T. IVe*, *Paris*, 1891-1892).

Les deux premiers chapitres de ce tome terminent l'hygiène urbaine. Dans l'un, *J. Rochard* et *E. Vallin* décrivent les *dépôts mortuaires*, les *cimetières*, l'*inhumation* et la *crémation*. Ils relèvent la façon insuffisante dont est faite la constatation des décès en France, à part quelques grandes villes. Ils réclament la suppression des fosses communes et celle des concessions perpétuelles; celles-ci étant remplacées par une durée double des concessions temporaires et un tour de rotation étendu à dix ans. Enfin, ils sont partisans pour Paris de la grande nécropole de Méry qui serait, grâce au chemin de fer, d'un accès plus facile que les cimetières suburbains actuels. Ils n'admettent la crémation qu'à titre facultatif, redoutant même de la voir se généraliser, parce qu'elle est dispendieuse, qu'elle porte entrave aux recherches judiciaires, qu'elle prive l'agriculture de substances fertilisantes, que les monuments dépositaires des cendres ne tarderaient pas à devenir encombrants, sans compter qu'elle est repoussée par l'Eglise catholique et qu'elle est impraticable en temps de guerre et d'épidémies.

Vient ensuite une étude magistrale de *Gariel* sur l'*éclairage*.

Les deux tiers restants du volume sont occupés par le travail de *Drouineau* sur l'*hygiène rurale*, où sont passés en revue successivement, dans autant de chapitres ou d'articles distincts, la population des campagnes, la terre (les marais, l'impaludisme), les habitations et leurs dépendances, les hameaux et villages, la police sanitaire, les établissements insalubres (tueries, clos d'équarrissage, fours à chaux et à briques), l'hygiène du paysan (soins corporels, habillement, couchage, chauffage, éclairage) ; ses aliments et boissons avec l'influence qu'exercent sous ce rapport la misère, l'ignorance et l'intérêt ; la morbidité rurale, les conditions de culture et de travail (engrais, rouissage, industrie laitière); l'état moral et intellectuel des paysans (instruction, préjugés, moralité, criminalité, intempérance, etc.) (*R. S. M.*, XXXVII, 488 et XL, 121).

J. B.

Résolutions de la XVIIe réunion de la Société allemande d'hygiène publique (*Deutsche Viertelj. f. Gesundhpfleg.*, *XXIV*, 1er *fascicule*).

1° *Sanatoria pour poitrinaires.* Sur le rapport de Moritz, la réunion a voté, à l'unanimité, de recommander la formation de sociétés se donnant pour tâche de fonder des établissements de cure à l'usage des poitrinaires peu aisés.

2° *Salubrité des habitations.* Pour la quatrième fois de suite, ce sujet venait en discussion devant la société qui, sur les rapports de Stuebben et de Zweigert, a adopté sans opposition la résolution suivante : La réglementation, par une loi ou par des ordonnances de police, de l'utilisation des logements est une nécessité de l'hygiène ; pour l'appliquer, il y a lieu de créer des bureaux locaux de logements dont on précisera les attributions.

3° *Assainissement spontané des cours d'eau.* Rapporteur Andr. Meyer. S'en référant d'une part à ses pétitions de 1876 et de 1878, tenant compte d'autre part des récentes expériences de Pettenkofer et de l'Office sanitaire de l'Empire, la réunion réclame énergiquement des enquêtes systématiques portant sur tous les cours d'eau susceptibles de recevoir des eaux d'égouts urbaines, afin d'en déduire des données sur le degré de contamination qu'ils peuvent subir sans inconvénient.

Il n'y aura lieu d'exiger l'épuration des eaux d'égout avant leur déversement dans un cours d'eau, qu'autant qu'une enquête spéciale faite sur les lieux aura établi que ce cours d'eau est incapable de s'assainir spontanément.

4° *Jeux scolaires.* Sur le rapport d'Auguste Hermann, la société recommande aux villes allemandes de donner une impulsion énergique à l'institution des jeux scolaires et populaires, et témoigne son contentement de la formation d'un Comité central créé dans le même but. J. B.

Beitrag zur Tropenhygiene (Causes principales de maladies et de morts à Rio-de-Janeiro), par W. HAVELBURG (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 14, *p.* 336, 4 *avril* 1892).

Ce travail est basé sur les chiffres fournis par l'Annuaire de statistique démographique sanitaire de la ville de Rio-de-Janeiro, publié par le Conseil supérieur d'hygiène.

Rio-de-Janeiro ne s'accroît comme population que par l'immigration indigène ou exotique, comptant toujours un excédent de décès relativement aux naissances. La mortinatalité et les décès par débilité congénitale sont très considérables.

La *fièvre jaune* a été importée à la fin de 1849 par un navire venant de la Nouvelle-Orléans et de la Havane. Jusqu'à l'année 1890 exclusivement, elle a occasionné 35,410 décès : les principales épidémies sont celles de 1850 (4,160 décès) ; de 1873 (3,659) ; de 1876 (3,476) et de 1889 (2,155) ; les seules années où l'on n'en ait noté aucun cas sont celles de 1864 à 1867. Elle forme les 8 0/0 des décès généraux, sévit surtout pendant les grandes chaleurs et est généralement bénigne chez les gens acclimatés. Les étrangers appartenant à des nationalités du Nord (Allemands, Anglais et Scandinaves) sont surtout décimés par elle ; 719 décès en 1890.

La *variole* a été importée en 1650 et paraissait éteinte en 1829 ; mais en 1834 elle fut réintroduite par un bateau négrier et dès lors elle est devenue endémique avec des paroxysmes en 1865, 1872, 1873, 1883, 1887 et 1891. De 1859 à 1889 elle a causé 16,679 décès. La vaccination est obligatoire mais non suffisamment contrôlée. La variole sévit tous les ans dans l'armée et la police, où domine l'élément de couleur (nègres et mulâtres) spécialement prédisposé ; 361 morts en 1890.

La *rougeole* donne rarement lieu à une véritable épidémie et est peu grave; elle atteint presque exclusivement les enfants au-dessous de 5 ans ; 18 morts en 1890.

La *scarlatine* jadis très répandue est devenue très rare ; 2 morts en 1889 et en 1890.

La *coqueluche* importée en 1797, bien que très répandue, n'a eu que 2 épidémies meurtrières en 1836-1837 et en 1860 ; elle est presque toujours bénigne ; 35 morts en 1889 ; 10 en 1890.

La *diphtérie*, signalée pour la première fois en 1858, fut épidémique jusqu'en 1860 et fit 328 victimes ; deux autres épidémies en 1863 et 1864 ; depuis lors elle est rare, relativement à l'Europe : en 1887, 120 morts ; en 1888, 118 ; en 1889, 64 ; en 1890, 28. En dehors de Rio-de-Janeiro, elle n'a jamais régné épidémiquement au Brésil.

Le *béribéri* n'est connu que depuis 1874 ; il frappe surtout les individus robustes et spécialement les marins.

La *fièvre typhoïde* importée en 1836 par des immigrants venus des Canaries n'a plus dès lors donné lieu qu'à deux épidémies, en 1842 et 1873. Ce n'est d'ailleurs qu'une cause secondaire de morbidité et de mortalité ; en 1888, 104 décès (23,1 pour 100,000 habitants) ; en 1889, 144 (30 0/0000) en 1890, 97 (17,3 pour 100,000 habitants) ; elle règne surtout pendant les mois chauds, de janvier à juin.

Les deux maladies principales pour le Brésil en général et Rio-de-Janeiro en particulier sont l'impaludisme et la tuberculose.

La *fièvre intermittente* est connue à Rio depuis un temps immémorial et sévit souvent épidémiquement. De 1868 à 1889, elle a fait 18,116 victimes, tandis que la fièvre jaune en faisait 19,698 et la variole 13,808. Les décès par impaludisme ont été au nombre de 940 en 1887 ; de 958 en 1888 ; de 2,056 en 1889 et de 1,237 en 1890. Sur ce dernier chiffre, 717 morts sont dues aux accès pernicieux, 403 aux accès rémittents et intermittents et 117 à la cachexie paludéenne. Elle frappe également indigènes et étrangers, acclimatés ou non. Elle est plus fréquente pendant les mois chauds et secs, et spécialement en mars.

La *tuberculose*, en dépit de fausses idées répandues en Europe, est la cause la plus importante de décès à Rio-de-Janeiro. Elle y est connue et y a toujours été très répandue, depuis les temps les plus anciens ; en 1890, elle a occasionné 2,202 décès sur 13,725.

Les *affections cardio-vasculaires* fournissent un contingent important de morts ; en 1890, 1,629.

La *pneumonie* assez fréquente est peu grave en général ; elle se montre surtout à la fin de l'automne et en hiver, de mai à septembre.

Le *tétanos* a diminué de fréquence ; même chez les nouveau-nés, il est plus fréquent dans la race noire : 92,5 pour mille contre 35,7 parmi les enfants de la race blanche ; en 1889 il a causé 146, en 1890, 124

décès parmi les nouveau-nés. L'*éclampsie infantile* diminue aussi ses ravages : en 1890, 248 morts dont 181 au-dessous de 1 an.

Parmi les autres causes de mort, citons 91 septicémies, 18 fièvres puerpérales, 45 érysipèles, 9 lèpres, 123 cancers, 215 méningites franches, 72 tétanos, 84 cirrhoses hépatiques, etc. J. B.

Denkschrift ueber das œffentliche Gesundheitswesen Helgolands für die Jahre 1886-1889, par E. LINDEMANN (*Berlin* 1891 *et Berlin. klin. Woch.*, 14 *mars* 1892).

Dans l'île d'Heligoland, le chiffre de la population reste stationnaire ; il était de 2300 âmes en 1725, de 2001 en 1881 et de 2116 en 1889.

La natalité (23,05 pour mille contre 39 en Prusse) et la mortalité (16 pour mille) sont les plus basses d'Europe ; la mortalité infantile y est en particulier très faible. La plupart des habitants meurent à un âge avancé.

Les maladies infectieuses y sont extrêmement rares. Durant les 4 années sur lesquelles porte le compte rendu, il n'y a eu aucun cas de scarlatine, de rougeole, de variole ni de diphtérie.

Chaque année, on observe quelques cas de fièvre typhoïde. Une épidémie de coqueluche a été manifestement importée. Dans les printemps froids, on voit parfois la pneumonie franche. Les cas de tuberculose se présentent annuellement au nombre de 3 ou 4.

Vers la fin de l'automne 1889, l'île d'Héligoland a été atteinte par l'épidémie de grippe. J. B.

La désinfection à la quarantaine de la Louisiane (*Biennal Report of the Board of Health of the State of Louisiana for* 1888 *and* 1889 *et Revue d'hyg. et police sanit.*, *XIV*, 245, *mars* 1892).

La station quarantenaire est installée à 42 kilomètres de la Nouvelle-Orléans, sur un banc du Mississipi, à Cubitt's Gap. Les appareils de désinfection se composent : 1° de 3 énormes étuves à vapeur sous pression pour les effets et la literie ; 2° d'un réservoir élevé contenant une solution de sublimé au millième qu'on pulvérise dans les locaux d'habitation des navires (de 6 à 11 mètres cubes de la solution, suivant la grandeur du vaisseau) ; 3° de fourneaux roulants pour les fumigations sulfureuses destinées à la cargaison (sucre, café). Cette triple désinfection paraît n'avoir jamais eu d'inconvénient pour la santé des équipages et des passagers ; elle revient en moyenne à 666 francs par navire. En 1888, il a été désinfecté de cette manière 188 bâtiments dont 133 à vapeur et en 1889, 165 dont 155 à vapeur.

De 1845 à 1855, la fièvre jaune a causé à la Nouvelle-Orléans 18,131 décès ; de 1856 à 1867, 8546 ; de 1868 à 1878, 5084 ; enfin de 1879 à 1889, 27 seulement. J. B.

Hand Diesinfection (Désinfection des mains), par H. A. KELLY (*Amer. journ. of obst.*, *décembre* 1891).

Kelly s'est livré à des recherches intéressantes sur la désinfection des mains, en faisant des cultures dans les conditions suivantes.

Il a expérimenté sur les mains de médecins et de gardes, avant et après

l'usage de désinfectants variés. Avec un scalpel porté au rouge blanc et refroidi, on enlève par le grattage, sur la paume des mains et autour des ongles, des parcelles d'épiderme qui sont recueillies ensuite avec un fil de platine stérilisé et transportées dans des tubes de gélatine ou d'agar-agar.

Voici les différents résultats obtenus. Un premier point nettement établi, c'est que le staphylococcus pyogenes albus, et parfois l'aureus, existe constamment sur les mains et autour des ongles de toute personne adonnée à la profession médicale; le nombre de ces microbes est extrêmement considérable.

Le savonnage des mains et leur brossage prolongé de cinq à vingt-cinq minutes est inefficace pour faire disparaître tous les germes. Le fait a été démontré par soixante-cinq expériences; dans tous les cas, on a pu cultiver un grand nombre de colonies microbiennes.

Le bichlorure de mercure, en solution à 1 pour 500, ne détruit pas les germes, après 2 à 5 minutes d'immersion des mains; toutefois, il produit pendant 24 heures sur les microbes une sorte d'action paralysante qui a pu faire croire à une stérilisation qui en réalité n'existe pas. Si, en effet, on vient à précipiter le sel mercurique à l'aide de sulfhydrate d'ammoniaque stérilisé, on découvre d'innombrables colonies. Ce fait a une extrême importance, car il démontre la fausse sécurité que donne la prétendue stérilisation des mains pratiquée d'après la méthode de Fürbringer, qui est la suivante : nettoyage des ongles avec une pointe d'acier ; brossage des mains et des ongles pendant une minute avec du savon et de l'eau chaude ; immersion des mains dans de l'alcool à 80° pendant une minute, puis, immédiatement après, dans une solution de sublimé à 1 pour 500, durant une minute également.

Les expériences de Kelly lui ont démontré que le meilleur agent de désinfection des mains est le permanganate de potasse employé comme il suit : 1° les mains et les ongles tenus seulement longs de 1 millimètre, seront brossés et frottés pendant 10 minutes dans de l'eau chaude à 40° environ, changée fréquemment ; 2° puis elles seront plongées dans une solution de permanganate de potasse, obtenue en mettant du sel en excès dans de l'eau distillée bouillante, et elles y resteront jusqu'à ce qu'elles aient pris une teinte brune ou noirâtre : elles seront ensuite plongées dans une solution saturée d'acide oxalique jusqu'à ce qu'elles soient redevenues blanches ; 3° enfin un dernier lavage dans de l'eau chaude stérilisée aura pour but de débarrasser les mains de l'acide oxalique.

Cinquante expériences de désinfection ont été faites d'après cette méthode. Quarante-quatre fois, les mains furent trouvées exemptes de tout germe. Dans 6 cas seulement, on constata quelques colonies, en nombre insignifiant. CH. MAYGRIER.

Bakteriologische Untersuchungen der Luft in Freiburg i B. und Umgebung, par F. WELZ (*Zeitschrift f. Hyg. und Infektionskrkh., XI, et Hyg. Rundschau, II*, 125).

Welz a pratiqué d'une façon suivie, pendant 1 an, des examens bactériologiques de l'atmosphère de Fribourg-en-Brisgau et de ses alentours.

A l'approche de la saison chaude et durant celle-ci, le nombre des mi-

cro-organismes atmosphériques augmente, tandis qu'il diminue à l'approche de l'hiver et durant la pluie.

Les nuages exercent une action inverse selon la température. Quand il fait chaud, les nuages augmentent le nombre des micro-organismes qui est au contraire notablement diminué, durant les jours nuageux et froids de novembre.

Les levures augmentent dès le milieu d'août, c'est-à-dire longtemps avant les vendanges; en octobre, elles atteignent leur chiffre maximum et dès lors diminuent de nombre.

Les moisissures augmentent aussi dans l'arrière-saison et pendant les pluies, tandis qu'elles disparaissent plus ou moins de l'air quand il fait un temps sec ou froid.

Welz n'a pas constaté de différence essentielle, quant à la richesse en micro-organismes, entre l'atmosphère libre et celle des habitations humaines salubres ; en revanche, il a noté leur multiplication considérable, et même l'apparition de germes pathogènes (staphylocoque pyogène doré) dans les logements insalubres ou encombrés.

Au voisinage immédiat de la ville, l'atmosphère libre contient toujours plus de micro-organismes que sur une petite montagne de 738 mètres de haut, placée à 2 lieues de Fribourg.

Les micro-organismes isolés dans l'air par Welz comprennent 23 micrococques dont 10 liquéfiant la gélatine; 3 espèces de levures; 20 bacilles dont 12 liquéfiant la gélatine et 2 bactéries non encore décrites. J. B.

Précis d'analyse microbiologique des eaux, par Gabriel ROUX (*Paris*, 1892).

Cet ouvrage est divisé en 9 chapitres. Dans le premier, Roux expose le but et l'utilité de l'analyse microbiologique des eaux. Cette analyse est quantitative ou qualitative; la première étant plus aisée est la plus avancée à l'heure actuelle. D'autre part, en raison de la difficulté à cultiver les microbes anaérobies, l'analyse bactériologique des eaux a porté jusqu'ici surtout sur les aérobies. Le second chapitre est consacré à l'origine des microbes des eaux. Le troisième décrit l'outillage nécessaire aux laboratoires d'analyses. On y trouvera en particulier la description du régulateur de température de Pittion pour étuves. Les 3 chapitres suivants traitent des diverses méthodes d'analyse quantitative : examen microscopique direct, cultures dans les milieux liquides et cultures sur milieux solides. Roux a fait construire un appareil pour puiser l'eau à différentes profondeurs et une boîte-nécessaire permettant le transport sur place du matériel nécessaire aux analyses ; il a également imaginé un nouveau procédé de numération et d'enregistrement des colonies. Après avoir fait l'exposé critique des divers procédés, il conclut qu'en analyse bactériologique basée sur les cultures, il n'y a ni bonnes ni mauvaises méthodes, mais seulement de bons ou de mauvais opérateurs.

Le septième et le huitième chapitres sont affectés à l'analyse qualitative, aux méthodes suivies pour isoler les unes des autres les espèces rencontrées et surtout pour reconnaître les pathogènes. Enfin le dernier chapitre contient la description sommaire des espèces bactériennes qui vivent normalement ou ont été accidentellement trouvées dans l'eau. Ces espèces sont réparties en 3 familles : 1° les coccacées comprenant

les microcoques et les sarcines; 2° les bactériacées comprenant les bacilles, les spirilles, les cladothrix et les streptothrix; 3° les beggiatoacées comprenant les genres beggiatoa et crénothrix.

Les microbes non pathogènes sont représentés par 34 sortes de microcroques, 4 de sarcines, 107 de bacilles, 11 de spirilles, etc.; les pathogènes par 4 micrococoques, 12 bacilles et 1 spirille, soit un total de 181 microrganismes, groupés suivant qu'ils liquéfient ou non la gélatine et qu'ils produisent ou non une matière colorante. J. B.

Dimostrazione del bacillo di Eberth nelle acque potabili di Pisa durante l'epidemia......, par G. SORMANI (*Roma*, 1891).

La ville de Pise, qui compte 54,000 habitants, a été, d'octobre 1890 à avril 1891, le théâtre d'une épidémie de fièvre typhoïde à extension brusque et massive; en effet, sur les 2,492 personnes atteintes, 2,313 l'ont été en novembre ou en décembre; le chiffre total des décès s'est élevé à 260. D'un commun accord, public et médecins incriminèrent les eaux potables. L'eau distribuée à Pise provient de sources situées dans la vallée de l'Asciano sur les Monts Pisans. L'aqueduc, en terre cuite, long de 7 kilomètres, qui les amène en ville, date des Médicis et offre de nombreuses dégradations sur son parcours. D'autre part, les sources sont mal captées, entourées de terrains cultivés, de 3 lavoirs publics et immédiatement avoisinées par la fosse d'aisances d'une maison dans laquelle il y avait eu un typhoïdique le mois précédent. Tassinari a constaté dans l'eau distribuée aux habitants de Pise la présence de 500 colonies bactériennes par centimètre cube, et Gasperini celle du bacille commun du colon. Enfin, vers la fin de décembre, à l'aide de la méthode de Parietti (*R. S. M.*, XL, 131), Sormani a décelé le bacille d'Eberth dans deux des 36 tubes ensemencés avec les eaux incriminées. J. B.

Ueber Wasserfiltration durch Steinfilter (Filtration de l'eau par les filtres de pierre), par E. v. ESMARCH (*Centralbl. f. Bakt., XI, n°* 17).

Au point de vue hygiénique, le filtre de pierre est entièrement insuffisant, il doit être mis au même rang que le filtre à charbon. S'il ne s'agit que de supprimer de l'eau des substances grossières dues à des matériaux morts, ils sont avantageux; s'il s'agit d'eau soupçonnée d'infection, il faut les abandonner, car il peut se faire dans leurs pores une multiplication des germes infectieux et, par suite, ces objets peuvent devenir le point de départ d'une extension de la maladie en question. C. LUZET.

Ueber die Reinigung der Abwässer durch Elektricitaet, par Claudio FERMI (*Archiv. f. Hyg., XIII, et Hyg. Rundsch., II,* 137).

Avec le concours de C.-L. Weber, Fermi a expérimenté le procédé Webster (*R. S. M.*, XXXIX, 106) pour l'épuration des eaux d'égout.

Les électrodes en fer assainissent infiniment mieux l'eau que celles en cuivre, en charbon ou en platine et leur effet est d'autant plus puissant, que leur surface est plus large, et que le courant qui les parcourt est plus énergique et plus prolongé.

En faisant passer, durant 1 heure, un courant de 0,5 à un milliampère à l'aide d'électrodes plates en fer, de 80 centimètres carrés, placées

à 5 centimètres l'une de l'autre, on réduit des 2/3 la quantité des substances organiques contenues dans un litre d'eau d'égout et au cinquantième ou au centième le nombre des germes qu'elle renferme.

Néanmoins, l'action épuratrice d'un courant de 0,42 ampère agissant une heure sur 1 litre d'eau d'égout est moindre que celle de l'addition de 1 0/0 d'eau de chaux. Cette dernière stérilise absolument l'eau d'égout pour 48 heures, tandis qu'au bout de ce temps, dans l'eau purifiée électriquement, le chiffre des micro-organismes a déjà quintuplé.

Enfin, actuellement, le procédé de Webster est beaucoup plus certain que l'épuration par la chaux. J. B.

Ueber die Beziehung des metallischen Eisens zu den Bakterien und ueber den Werth des Eisens zur Wasserreinigung, par Arnold FROMME (*Thèse Marbourg* 1891 *et Hyg. Rundsch., II*, 285, 1er *avril* 1892).

Les expériences de Fromme ont un intérêt particulier en ce moment où de divers côtés l'on préconise les vertus du fer métallique pour assainir l'eau.

Fromme a d'abord cherché s'il se produit quelque modification dans les germes que l'on fait croître dans l'eau en présence du fer. Dans ce but, il a placé dans deux matras stérilisés 40 grammes de limaille de fer, portée préalablement au rouge, et 150 grammes d'eau d'une distribution; de ces matras fermés avec un tampon d'ouate, l'un fut mis à l'étuve, l'autre tenu à la température de la chambre. Le 3e, le 6e et le 10e jours on préleva des échantillons pour en examiner la richesse en germes. L'eau de deux matras ne contenant pas de fer était également observée à titre de contrôle. Deux séries d'expériences ont fourni le résultat concordant, qu'à la température de la chambre, comme à celle de l'étuve, le chiffre des germes dans les matras renfermant du fer dépasse considérablement celui des ballons n'en contenant point. Dans l'eau non additionnée de fer, maintenue à l'étuve, le nombre des germes par centimètre cube, s'accroît du 1er au 3e jour de 193 à deux cent mille, du 3e au 6e il s'élève à un million et demi, tandis que le 10e jour, l'eau est de nouveau privée de germes. L'eau additionnée de limaille, maintenue à l'étuve, le 6e jour au lieu de 193 germes par centimètre cube, en renferme huit millions et le 10e jour encore 450.000.

Fromme a étudié ensuite l'effet de l'oxydation du fer sur le développement des cultures microbiennes; il a reconnu qu'il était complètement nul; les composés ferrugineux organiques (peptonate et saccharate) ont donné les mêmes résultats négatifs.

La gélatine nourricière additionnée ainsi de fer offre des modifications assez caractéristiques pour servir au diagnostic différentiel de certains micro-organismes: les bacilles de l'œdème malin et de la fièvre typhoïde dégagent en abondance de l'hydrogène sulfuré qui noircit la culture et son pourtour, grâce à la formation de sulfure de fer. Mais pour obtenir cette réaction, il faut pratiquer des cultures sur plusieurs couches ou des cultures par piqûres, sinon l'oxygène atmosphérique détruit au fur et à mesure l'hydrogène sulfuré.

D'autre part, Fromme a fait quelques expériences semblant déjà montrer que le fer entrave le travail de la putréfaction.

Enfin une autre série d'expériences prouvent qu'en agitant de l'eau ou

du purin avec du fer métallique, on peut diminuer considérablement le chiffre des germes dans ces liquides. On le diminue presque de moitié, lorsqu'on agite pendant 10 minutes un mélange où le fer forme au moins le 1/50 en poids de l'eau qu'on veut purifier. L'effet est toujours plus marqué au commencement de l'agitation du mélange.

Si on filtre après la première phase d'agitation, qu'on traite le filtrat par le fer et qu'on répète plusieurs fois ces opérations, on obtient finalement un liquide privé de germes. Mais le succès de l'expérience dépend de ce qu'on emploie le fer sous une forme facilement oxydable.

Fromme a également constaté qu'en agitant des liquides riches en bactéries avec d'autres substances, telles que le sable par exemple, on peut aussi les dépouiller entièrement de leurs germes. J. B.

Ueber die durch Abwaesser in Flussläufen verursachten Algenbildungen..., par H. SCHREIB (*Chem.-Ztg., XV, et Hyg. Rundsch., II*, 333, 15 *avril* 1892).

Certains cours d'eau des régions industrielles sont infestés par des algues dépourvues de chlorophylle, telles que la beggiatoa alba ou le leptomitus lacteus. Leur pullulation est favorisée moins par les eaux d'égout que par les résidus liquides de la fabrication du sucre, de la fécule, de la bière et de la cellulose.

Pour apporter remède à cette infection des eaux courantes, la première chose à faire est de déterminer les matières nourricières de ces organismes végétaux ; sinon on s'expose à imposer aux industriels des procédés d'épuration aussi coûteux qu'inutiles.

L'étude qu'en a faite Schreib l'a conduit à des résultats en complète contradiction avec ceux de Winogradsky.

D'après Winogradsky, ces organismes oxydent l'hydrogène sulfuré et emmagasinent le soufre dans leurs cellules sous forme de petits globules; ils transforment le soufre en acide sulfurique, en l'oxydant. En l'absence de soufre, leurs processus de nutrition et leurs mouvements cessent et ils meurent tôt ou tard. Ils peuvent vivre et se multiplier abondamment dans un liquide ne contenant que des traces de substances organiques, où d'autres organismes dépourvus de chlorophylle ne peuvent subsister. Enfin, l'hydrogène sulfuré libre est absolument indispensable à leur vie.

Voici, d'autre part, les conclusions auxquelles est arrivé Schreib ; d'une façon générale, elles concordent avec celles de Cohn. Les résidus industriels liquides contenant beaucoup de matières organiques sans hydrates de carbone ne donnent pas lieu à formation d'algues. Les résidus liquides contenant beaucoup de matières organiques parmi lesquelles se trouve une forte proportion d'hydrates de carbone, donnent lieu à une végétation luxuriante d'algues. Les mêmes résidus, lorsque leur teneur en hydrates de carbone est considérablement amoindrie par suite de la décomposition, ne donnent plus lieu qu'à une végétation insignifiante. Les eaux qu'on laisse putréfier afin de décomposer leurs hydrates de carbone renferment une assez grande quantité d'hydrogène sulfuré.

Il est très vraisemblable que l'ammoniaque est nécessaire aussi au développement des algues, car celles-ci pullulent surtout dans les eaux des fabriques qui ont des effluves ammoniacaux.

Les algues en question semblent avoir un grand besoin d'oxygène, car elles se tiennent volontiers à la surface, végètent abondamment quand on aère l'eau par la graduation et périssent quand on les prive d'air. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'admettre, comme Winogradsky, qu'elles croissent là où s'opère une réduction des sulfates en sulfures, afin de se procurer de l'hydrogène sulfuré.

En somme, les hydrates de carbone solubles et facilement fermentescibles, en première ligne, et vraisemblablement aussi l'ammoniaque, sont les substances qui favorisent la pullulation des champignons aquatiques incolores, tels que la beggiatoa et le leptomitus. Ces algues n'ont pas besoin d'hydrogène sulfuré pour se développer. Les algues vivantes n'excrètent point d'hydrogène sulfuré; celui-ci n'est qu'un produit de la décomposition des algues mortes putréfiées.

Schreib explique l'opposition absolue entre ses conclusions et celles de Winogradsky, par la possibilité que Winogradsky, expérimentant sur des beggiatoées provenant de sources sulfureuses qui renferment à peine des traces de substances organiques, ait eu affaire à de toutes autres espèces d'algues que celles qui croissent dans les cours d'eau pollués par les résidus industriels. J. B.

Ein weiterer Beitrag... (Nouvelle contribution à l'étude de l'infectiosité de la viande de bovidés atteints de phtisie perlée), par KASTNER (*Münch. med. Woch.*, *n°* 20, *p.* 342, 1892).

Avec la viande de 12 animaux atteints de tuberculose viscérale, l'auteur a fait des inoculations sur le cobaye ; sur 12, 10 ont été positives et 2 seulement négatives. Il faut, pour estimer le danger d'infection, considérer l'état anatomique de la lésion plutôt que son étendue. Des tubercules crétifiés sont moins dangereux que des foyers caséeux. C. LUZET.

Circulaire ministérielle prussienne du 26 mars 1892, relative à la viande de bêtes tuberculeuses (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 17, *p.* 420, 25 *avril* 1892).

Il n'y a lieu de considérer comme insalubre la viande de bêtes à cornes tuberculeuses, qu'autant qu'elle renferme des tubercules ou que l'animal est émacié.

En revanche, on doit regarder comme saine la viande d'une bête tuberculeuse quand l'animal est bon état de nutrition et que : 1° les tubercules ne se trouvent que dans un organe ou que : 2° dans le cas où plusieurs organes sont malades, ces organes se trouvent dans la même cavité du corps et sont unis, soit directement, soit par des vaisseaux lymphatiques ou sanguins appartenant, non à la grande circulation, mais à la circulation pulmonaire ou à celle de la veine porte.

Comme en fait, les lésions tuberculeuses des muscles sont excessivement rares et que des expériences poursuivies de longues années, sur une grande échelle, tant à l'école vétérinaire de Berlin que dans plusieurs universités prussiennes, n'ont en somme pas réussi à transmettre la tuberculose à des animaux nourris avec de la chair musculaire d'animaux tuberculeux et que partant la transmissibilité de la tuberculose par l'usage même de viande tuberculeuse n'est pas démontrée, la viande d'animaux en bon état de nutrition, alors même qu'elle présenterait les lésions indiquées sous les numéros 1 et 2, ne doit pas en général être

considérée comme de qualité inférieure et la vente peut en avoir lieu sans surveillance spéciale de la police. Cette viande a, en tout cas, une valeur nutritive infiniment supérieure à celle de bœufs âgés, surmenés ou maigres. En cas de doute seulement, on réclamera l'avis d'un médecin vétérinaire. J. B.

Dampf-Kochversuche mit dem Rohrbeck'schen Desinfektor auf dem Berliner Central-Schlachthofe, par DUNCKER (*Zeitschr. f. Fleisch-und Milch-Hyg.*, *II*, *et Hyg. Rundschau*, *II*, 202, 1er *mars* 1892).

Hertwig, directeur des abattoirs de Berlin, a fait des expériences de cuisson des viandes à la vapeur avec l'appareil de Rohrbeck. Cet appareil est muni d'un réfrigérateur qui permet de condenser la vapeur et de l'amener à saturation absolue. Les condensations répétées produisent des différences de pression qui activent et facilitent la cuisson. Les morceaux de viande employés pesaient de 3 à 6 livres et avaient une épaisseur de 12 à 15 centimètres. Suivant les dimensions des morceaux, il a fallu de 1 heure 33 minutes à 2 heures 35 minutes pour obtenir la température de 100° centigrades à leur intérieur. La viande complètement maigre est la plus longue à cuire; elle perd davantage de son poids que la viande entrelardée.

La perte moyenne de poids des viandes cuites à l'étuve a été de 30 à 40 0/0.

Les viandes cuites ainsi sont très succulentes et ont une saveur et un fumet supérieurs à ceux des viandes cuites à l'eau; elles donnent un bouillon excellent.

Il y aurait donc lieu d'utiliser ce mode de cuisson, non seulement pour toutes les matières animales qu'on veut détruire, mais aussi pour les viandes qui ne peuvent être sans danger livrées crues à la consommation et que la cuisson à l'eau ne stérilise pas. On a là ainsi un moyen préférable aux étaux de basse boucherie dont l'installation n'est pas désirable dans les grandes villes, à cause de l'impossibilité de les surveiller. (*R. S. M.*, XXXIX, 101.) J. B.

Chemisch-bacteriologische Analyse einiger Wurstwaaren, par SERAFINI (*Arch. f. Hyg.*, *XIII*, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, 203, 1er *mars* 1892).

Serafini a fait l'analyse chimique ou l'examen bactériologique de 21 saucissons d'âge différent et de provenances diverses. Dans tous les cas, qu'il s'agît de charcuterie corrompue au bout de quelques jours ou au contraire de marchandise bien conservée, il a toujours trouvé des micro-organismes, généralement sous la forme végétative, à l'état latent, mais toujours susceptibles de pulluler. Ce qui empêche leur multiplication dans les saucissons, c'est la faible proportion d'eau que cette charcuterie renferme. Or, au point de vue bactériologique, le résultat est le même quand la viande contient 14 0/0 d'eau et lorsqu'elle en contient 35 ou 40 0/0. Serafini en conclut qu'il est inutile de pousser la dessiccation des saucissons au-delà de cette dernière proportion, ce qui aurait pour effet d'en accroître la digestibilité, la saveur et la valeur nutritive.

La teneur en sel (5 à 8 0/0) des saucissons favorise aussi leur conservation. Il résulte des expériences de Serafini qu'il n'est pas nécessaire de dépasser la dose de 5 0/0 de sel. Les acides borique et salicylique ne

semblent pas utiles à la conservation de la charcuterie. De même on peut se passer de salpêtre pour maintenir la couleur de la viande, surtout si on a soin de ne pas pousser la dessiccation trop loin et ne pas trop saler les saucissons.

Comme le bacille constant dans la chair de saucisson se voit aussi dans les boyaux qui servent à préparer les saucissons et qu'il est peut être le principal auteur de leur corruption, Serafini conseille de désinfecter au préalable les boyaux ; on pourrait peut-être ainsi restreindre encore la dessiccation et le salage et augmenter partant les qualités nutritives de cette charcuterie.

J. B.

Eine Massenerkrankung infolge Genusses kranker Hummern, par SIMON (*Zeitschrift f. Fleisch-und Milch-Hyg.*, *II*, et *Hyg. Rundsch.*, *II*, 205, 1er *mars* 1892).

Des 85 convives d'un repas, composé entre autres de homards, 75 furent pris de diarrhée profuse, avec coliques, nausées, vomissements, céphalalgie et lourdeur des membres. Les individus les plus malades offrirent un état cholériforme : cyanose de la face, prostration absolue, syncopes répétées, crampes des mollets, pouls insensible. Tous guérirent.

Le lendemain seulement, lorsque, dans une autre maison, quelques personnes tombèrent aussi malades, avec les mêmes symptômes, après avoir mangé du homard fourni par le même marchand, les soupçons se tournèrent sur les homards, et l'expertise permit de reconnaître que ces crustacés étaient atteints d'une inflammation aiguë et infectieuse du tube intestinal. J. B.

Kühlräume für Fleisch und andere Nahrungsmittel (Chambres de réfrigération pour la viande et autres denrées alimentaires), par Franz HOFMANN (*Deutsche Viertelj. f. oeff. Gsdhpfleg.*, *XXIV*, 43).

Hofmann évalue à 10 0/0 au moins la quantité de denrées (viande, poissons, fruits, légumes) apportées sur les marchés qu'on laisse perdre, faute de soins et de précautions contre les alternatives de la température. De là l'indication de munir les abattoirs et les halles de locaux où l'on puisse, à l'aide du froid, conserver les substances alimentaires.

Les glacières sont le procédé de conservation le plus défectueux, sauf en ce qui concerne le vin et la bière. En effet la glace ne refroidit que lentement les parois intérieures et pas du tout les parois extérieures ; puis, au fur et à mesure qu'elle fond, la température tend à s'élever vers la partie supérieure ; enfin l'atmosphère est toujours saturée de vapeur d'eau qui se condense sur les parois du local et sur les quartiers de viande, en y créant une humidité favorable à la pullulation des micro-organismes.

La congélation de la viande à l'aide d'une circulation d'air froid a donné d'excellents résultats dans la cale des navires et dans les casemates des forteresses. Elle convient moins bien aux exigences de la pratique courante et de la vente au détail. D'abord les blocs de viande gelée, en tombant, se brisent comme de la glace. D'autre part cette viande est molle et friable ; en outre elle se conserve moins bien une fois dégelée, parce que sa surface humide retient les germes apportés par l'air.

Le procédé de réfrigération auquel Hofmann donne la préférence pour la viande est celui qui fonctionne aux abattoirs de Leipzig.

A l'intérieur de la chambre de froid, au voisinage de la paroi supérieure, sont disposés des tuyaux dans lesquels circule une solution salée portée à 6 ou 10 degrés au-dessous de zéro et qui revient incessamment se refroidir dans la machine de froid. Les morceaux de viande, maintenus à une température toujours comprise entre 3 et 5 degrés, sont secs à la surface, parce que l'humidité qu'ils dégagent va au fur et à mesure se condenser sous forme de neige sur les tuyaux. A Leipzig, les machines de froid servent accessoirement à préparer de la glace artificielle qui trouve son usage sur place. Entre les échaudoirs et les chambres de réfrigération, s'étend en l'air une ligne continue de rails supportant des crocs sur roulettes. Aussitôt après l'abatage et l'habillage, les moitiés de bœuf y sont suspendues et poussées jusque dans la chambre de froid, sans qu'il y ait perte de temps ni manipulations ; double condition favorable à la parfaite stérilisation de la viande qui peut être conservée, en plein été, plus de 3 semaines, sans rien perdre de sa fraîcheur.

Le poisson, en vertu de sa chair plus aqueuse et de sa surface toujours humide, se corrompt plus vite que la viande et exige la congélation dans des chambres maintenues à 2 ou 3 degrés au-dessous de zéro. Au contraire les fruits et les légumes, mieux protégés par leur enveloppe, ne nécessitent ni ne supportent pour être conservés des températures aussi basses, d'autant plus que cueillis souvent avant leur entière maturité, ils doivent pouvoir mûrir à loisir sans perdre de leur saveur.

Aux halles de Leipzig, on a aménagé à l'entrée des chambres de réfrigération, un vestibule tempéré, de façon que, pour les hommes, la transition de température ne soit pas excessive. J. B.

Das Vorkommen eines rothen Sprosspilzes in Milch und Käse und das Auftreten von Darmkatarrh bei Kindern..., par DEMME (*Hyg. Rundsch.*, *II*, 200, 1er *mars* 1892).

En 1888, Demme a trouvé, à la surface et sur les coupes d'un morceau de fromage blanc, de nombreux points framboisés formés par une levure qu'il a nommée le saccharomycète rouge. Le phénomène disparut après désinfection de la laiterie et des ustensiles.

En 1889, il a retrouvé le même champignon dans du lait qui avait donné lieu à de la diarrhée et à des vomissements chez 7 enfants audessous de 3 ans ; la même levure se rencontrait dans les selles des petits malades. Dans la ferme qui fournissait le lait, on avait remarqué un sédiment rougeâtre dans les vases, depuis qu'on se servait comme litière de feuilles de hêtre sèches, et l'on découvrit la même levure rouge dans les couches inférieures de la litière. J. B.

Butterfett-Untersuchungen nach Reichert-Wollny'sche Methode, par P. VIETH (*Milch.-Zeitung* 1890, *et Hygienische Rundschau*, *I*, 231, 15 *mars* 1891).

De ses analyses des matières grasses du beurre, entreprises par la méthode de Reichert modifiée par Wollny, Vieth conclut qu'actuellement il n'est pas possible de fixer, pour le beurre normal, une limite minimum quant à la proportion d'acides gras volatils. J. B.

Bacteriologische Studien ueber Butter, par LÁFAR (*Arch. f. Hyg., XIII, et Hyg. Rundsch., II*, 101).

Lafár, en faisant des cultures sur plaques, avec du beurre frais provenant d'une grande société laitière de Munich, a trouvé de 10 à 20 millions de germes par gramme de beurre; c'est une quantité double ou triple de celle qu'Adametz a constatée dans le fromage de ménage, et dix fois plus considérable que celle que le même auteur a constatée dans le fromage d'Emmenthal.

Les micro-organismes rencontrés le plus fréquemment dans le beurre par Lafár sont :

1° La bactérie colloïde du beurre, ne liquéfiant pas le milieu nourricier et dont les cultures offrent un aspect mucilagineux ; c'est un anaérobie facultatif, très court et presque sphérique.

2° Le bacille fluorescent du beurre, fluidifiant le milieu nourricier; c'est aussi un anaérobie facultatif, formant de courts bâtonnets qui, sur la pomme de terre, donnent au bout de cinq jours un épais enduit muqueux rouge brun et sur l'agar un enduit blanc.

On rencontre en outre dans le beurre des levures, le bacille de l'acide lactique de Hueppe et parfois la bactérie aérogène du lait d'Escherich.

Après quatorze jours d'exposition du beurre à la température de 9° au-dessous de zéro, sa teneur en germes n'est diminuée que d'un tiers. Lorsqu'on place le beurre dans une glacière à 0° ou + 1° centigrades, sa richesse en germes diminue d'abord beaucoup, mais ensuite elle ne varie plus durant un mois. Le beurre conservé à la température de la chambre présente tout d'abord une grande augmentation de ses micro-organismes qui diminuent ensuite de nombre quand survient la rancidité. A la température de l'étuve, au fur et à mesure des progrès de la rancidité et de l'acidité du beurre, on note une diminution graduelle du nombre des micro-organismes.

Lorsqu'on ajoute au beurre soumis à l'action du froid du sel de cuisine, on note une diminution assez considérable du chiffre des micro-organismes, mais ceux-ci ne disparaissent pas complètement, alors même que le beurre est salé à 10 0/0. Dans le beurre salé, il n'y a presque que la bactérie colloïde qui survive. Lorsque le beurre est mis à l'étuve, l'adjonction de sel diminue aussi le nombre des germes.

Du beurre artificiel de Feuchtwanger contenait de 3 à 5 fois moins de germes que le beurre naturel et des micro-organismes tout à fait différents : des mucédinées, des levures et une bactérie ne liquéfiant pas le milieu nourricier. Une exposition du beurre artificiel au froid durant une quinzaine, aidée de l'addition de 13 0/0 de sel, n'a pas détruit entièrement les germes qu'il renfermait.

J. B.

Verwendbarkeit des Aluminiums für einige Gebrauchsgegenstände (Applications de l'aluminium à la fabrication des vases alimentaires), par A. LUEBBERT et ROSCHER (*Pharmaceut. Halle* 1891 *et Hyg. Rundsch., II*, 148).

En ce moment où les administrations de la guerre se préoccupent un peu partout d'employer l'aluminium à la fabrication des bidons, les expériences de Luebbert et Roscher présentent un intérêt d'actualité.

Ils ont essayé la résistance offerte par des feuilles d'aluminium pur à

diverses solutions chimiques qu'ils faisaient agir durant 4 jours, à la température de la chambre. Voici les résultats :

L'aluminium est insoluble dans les alcools, la glycérine, la mannite, l'éther, l'essence de moutarde, l'aldéhyde acétique, l'acétone, la solution éthérée d'iodoforme.

Il est soluble dans les acides organiques (formique, acétique, propionique, oléique, caprylique, butyrique, tartrique, lactique, malique, valérianique, citrique, succinique, oxalique, palmitique, stéarique, gallo-tannique, trichloracétique, salicylique et phénique) dans le glycocolle, la méthylamine, la triméthylamine, la propylamine, le vin rouge, le vin blanc, la bile, la saumure de hareng, le café, le thé, le savon, la soude, le sublimé et l'acide borique.

Luebbert et Roscher en concluent que l'aluminium sera dissous par les sucs digestifs et facilement résorbé et qu'il est complètement impropre à la fabrication des boîtes de conserve, des bidons, des ustensiles culinaires, de même que pour les usages chirurgicaux, puisqu'il est attaqué par les agents désinfectants et la sueur.

Il est toutefois à remarquer que l'aluminium industriel renferme toujours du fer qui en augmente la résistance. J. B.

Ueber die Beurtheilung der Milch nach dem Verfahren der Säuretitrirung (Appréciation de la qualité du lait par titrage de son acidité), par H. G. PLAUT (*Arch. f. Hyg.*, *XIII*, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, 206, 1er *mars* 1892).

Dans son rapport à la dernière réunion des hygiénistes allemands, Soxhlet a proposé d'apprécier le lait destiné aux nourrissons en évaluant son degré d'acidité. A 50 centimètres cubes de lait, il ajoute 2 centimètres cubes d'une solution alcoolique de phénolphtaléine à 2 0/0 et titre le mélange avec 1/4 de la liqueur normale de soude, jusqu'à l'instant où apparaît une coloration rouge durable. Plaut a remplacé la liqueur sodique par la solution de baryte qui a le double avantage de permettre l'évaluation de degrés plus forts d'acidité et le dosage plus complet de l'acide carbonique. A l'aide de ce procédé modifié, Plaut a pu vérifier l'entière exactitude des assertions de Soxhlet sur ce qu'il appelle le stade d'incubation du lait, autrement dit la période durant laquelle les résultats du titrage de l'acidité restent à peu près invariables et sur l'étroite dépendance qui unit la durée de cette période à la température. Le dosage de l'acidité du lait est préférable pour la pratique à la numération des germes. Toutes les fois que du lait possède un titre d'acidité supérieur de 20 milligrammes à celui du lait frais, on est en droit d'en inférer que ce lait ne se trouve déjà plus dans le stade d'incubation. Pour faire le titrage, il faut garder le lait 8 heures à la température de 37 degrés centigrades et doser toutes les 2 heures son acidité. La quantité de l'acide carbonique qui s'échappe à l'ébullition du lait peut aussi fournir des renseignements sur son état de conservation.

De ses expériences, Plaut tire les conclusions suivantes pour l'organisation de la police du lait destiné à l'alimentation infantile : 1° les établissements de cure par le lait ainsi que les fabriques de conserves de lait doivent être sous la surveillance d'un médecin vétérinaire et d'un médecin sanitaire; 2° des titrages d'acidité doivent être effectués de temps à autre sur les différentes vaches de l'étable, pour reconnaître

les anomalies de leur nutrition, ainsi que sur leur lait mélangé, afin d'en vérifier, d'une façon rapide et sûre, l'état de fraîcheur au moment de la vente; 3° Le médecin d'enfants doit posséder un appareil de titrage pour pouvoir examiner le lait de ses malades. Les laiteries pour enfants et les fabriques de lait conservé ne doivent vendre que du lait non passé à l'étamine ou du lait centrifugé; 5° La traite doit être entourée de précautions spéciales de propreté quant aux trayons, aux mains du trayeur, etc; 6° Le lait qui, après un séjour de 3 heures dans une étuve à 37 degrés centigrades, présente une augmentation de son acidité ne doit pas être vendu pour enfants, même si on l'a stérilisé. J. B.

Ueber die Anforderungen... (Exigences de l'hygiène en ce qui touche les qualités du lait), par SOXHLET (*Deutsche Viertelj. f. œff. Gesundheitspflege, XXIV, p.* 8).

Le mouillage du lait, qui en est la falsification la plus commune, est aussi la moins critiquable au point de vue de l'hygiène, spécialement en ce qui concerne l'alimentation des nourrissons qui, dans les premiers mois, ne peut se composer que de lait de vache étendu d'eau. L'écrémage est beaucoup plus répréhensible, parce qu'il enlève de la matière grasse au lait de vache, qui en est déjà plus pauvre relativement que celui de la femme; en outre le lait écrémé est de règle un lait qui n'est pas complètement frais.

Sous le rapport de la propreté du lait, Soxhlet adopte la règle de Renk : le lait de vache doit être mis en vente dans un état de pureté tel qu'après deux heures de séjour dans un vase à fond transparent, un litre de ce liquide ne forme pas trace de dépôt.

Soxhlet a fait sur le processus d'acidification spontanée du lait des expériences qui l'ont conduit aux résultats suivants :

Lorsque, aussitôt après la traite, le lait est conservé à une température constante, comprise entre 10 et 35 degrés centigrades, il garde son degré originel d'acidité, dû aux phosphates, pendant 40 0/0 du temps nécessaire pour qu'il se coagule spontanément. Dès que cette période d'incubation de la formation d'acide lactique est franchie, le travail d'acidification marche de plus en plus vite. Il arrive d'abord un moment où le lait, encore intact d'apparence, se coagule à l'ébullition; finalement, il se coagule spontanément et, dès lors, son acidité cesse presque complètement d'augmenter. L'acidification marche d'autant plus rapidement que le lait est conservé à une température plus élevée et qu'il est plus impur. Un lait de pureté moyenne, suivant qu'il est exposé à une température de 35, de 17,5 ou de 10 degrés centigrades, reste sans s'acidifier 8 ou 33 ou 70 heures et ne se coagule spontanément qu'au bout de 19, de 63 ou de 200 heures.

La température convenable pour le transport et la conservation du lait mis en vente est celle de 18 degrés centigrades.

La nourriture des vaches n'a qu'une influence indirecte sur la qualité du lait, en dehors de quelques cas où elle confère au lait une saveur désagréable (tourteaux de navette, lupin, gruaux de vesces, choux-raves) ou y introduit des substances toxiques. Pratiquement, si l'on a soin de tenir le lait à l'abri des souillures par des parcelles d'aliments ou d'excréments, cette influence est nulle. Il n'y a donc aucune raison de prin-

cipe pour donner la préférence à la nourriture sèche et pour exclure l'usage des déchets de l'industrie (vinasses, drèches, tourteaux, etc.).

J. B.

Zur Beurtheilung von Bier (Règles pour apprécier la valeur de la bière), par Alfred BERTSCHINGER (*Zeitschr. f. angew. Chemie* 1890 *et Hygienische Rundschau*, *I*, 229, 15 *mars* 1891).

La Société suisse des chimistes adonnés aux analyses alimentaires, après avoir fixé les méthodes à suivre pour analyser la bière, a chargé Bertschinger d'établir les règles qui doivent présider à l'appréciation de cette boisson. Voici celles que la Société a adoptées; elles sont basées sur l'analyse de 400 bières suisses ou étrangères.

A. Sous le nom de bière, on doit entendre une boisson composée de malt d'orge, de houblon, de levure et d'eau, et obtenue par le brassage et la fermentation alcoolique. Tout remplacement d'une partie de l'orge par d'autres céréales doit être déclaré; aucune substitution ne peut être tolérée soit pour le malt, soit pour le houblon.

B. La bière doit être claire; on peut admettre tout au plus qu'elle soit légèrement opalescente (ce qu'on appelle bière poudreuse). La bière trouble, pour quelque raison que ce soit, doit être rejetée. Quand le trouble tient à la levure, la bière est dangereuse pour la santé; quand le trouble tient à des bactéries, si faible qu'il soit, il faut repousser la bière.

C. Conditions de composition : 1° Relativement à la richesse en alcool et en extrait, on ne fixe pas de minima parce que la somme de ces deux éléments constituants se trouve exprimée dans le moût originel et que leurs proportions réciproques sont déterminées par le degré de la fermentation. La bière doit contenir plus d'extrait que d'alcool et provenir d'un moût originel à 12 0/0 au moins. 2° Le degré réel de la fermentation doit être au moins de 48 0/0. Les bières, d'un degré de fermentation inférieur, qui renferment en même temps plus de 3 0/0 de maltose, doivent être exclues de la consommation. Cette prescription ne s'applique pas aux bières dites doubles (comme le bock et le salvator). 3° Les élément minéraux ne doivent pas former plus de $0^{gr},3$ par 100 grammes de bière. 4° L'acidité d'une bière normale, calculée en acide lactique, doit osciller entre 0,9 et $2^{gr},7$ par 1,000 grammes de bière; autrement dit, 100 grammes de bière doivent être neutralisés par 1-3 centimètres cubes de la liqueur de soude caustique normale. 5° L'acide acétique existant (dosage par distillation dans un courant de vapeur d'eau), ne doit pas excéder $0_{gr},6$ par 1,000 grammes de bière (= 1 centimètre cube de la liqueur de soude caustique normale pour 100 grammes de bière). 6° La teneur en azote (obtenue par la méthode de Kjeldahl) et 7° celle en acide phosphorique doivent être au minimum de 0,3 0/0 dans le moût originel, avant la fermentation. 8° La bière ne doit pas renfermer plus de 0,4 0/0 de glycérine.

D. Agents conservateurs et colorants. 1° On ne doit pas trouver d'acide salicylique ni d'acide borique dans la bière; la proportion d'acide sulfureux ne doit pas dépasser 14 milligrammes (= 50 milligrammes de sulfate de baryum) par 1,000 grammes de bière. 2° La bière ne doit contenir aucune substance colorante; la bière brune ne doit devoir sa teinte qu'au malt bruni.

E. Pompes à bière. On ne doit autoriser que les appareils fonctionnant avec de l'acide carbonique condensé. Tous les autres altèrent la qualité de la bière et sont d'ailleurs critiquables au point de vue de l'hygiène. On ne doit pas employer de robinets disposés pour faire mousser la bière. Autant que possible, la bière doit être débitée directement du tonneau, sans aucune pression. J. B.

Ueber den Vergährungsgrad des zum Ausschank gelangen Bieres, par Alfred BERTSCHINGER (*Schweizer Wochenschr. f. Pharm.* 1891, n° 41, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, 303, 1er *avril* 1892).

Pour la bière débitée aux consommateurs, la Société des analystes suisses a fixé 48 0/0 comme degré minimum de fermentation, tandis que la Réunion des chimistes bavarois, s'est contentée de 44 0/0. Or Bertschinger a analysé 39 bières différentes ; aucune des 28 suisses ne répondait aux exigences ci-dessus. D'autre part, l'analyse de 11 bières allemandes lui a fourni les résultats suivants :

	Couleur.	Densité à 15°	Alcool en poids 0/0.	Extrait (indirect) 0/0.	Maltose 0/0.	Degré de fermentation centésimal.
A. *Bières de Munich* :						
1° Bürgerbräu........	brune	1,0242	3,45	7,63	3	47,5
2° Hackerbräu.......	»	1,0201	3,87	6.87	1,95	53
3° Leistbräu (Franciscains)..............	»	1,0230	3,57	7,44	2,55	48,9
4° Loewenbräu.......	»	1,0234	3,41	7,44	2,70	47,8
5° Metzgerbräu......	»	1,0197	3,87	6,75	1,95	53,4
6° Pschorrbräu	noire	1,0189	3,87	6,56	1,20	54,1
B. *Bières de Culmbach* :						
1° Aktienbrauerei....	noire	1,0262	4,38	8,49	2,85	50,8
2° » »	blonde	1,0155	4,92	6,11	1,05	61,7
C. *Bières de Pilsen* :						
1° Aktienbrauerei....	»	1,0120	3,84	4,85	1,20	61,3
2° Bürgerl Brauhaus.	»	1,0146	2,60	5,33	1,50	57,5
D. *Bière d'Erlangen* :						
Henninger...........	noire	1,0203	3,87	6,89	1,80	52,9

J. B.

De la législation sur la fabrication de l'eau-de-vie en Finlande et des résultats obtenus, par J. PIPPINGSKOLD (*Finska läkaresällskapets Handlingar, février* 1891, *et Hyg. Rundsch.*, *II*, 115).

Depuis le 1er janvier 1866, la Diète de Finlande a supprimé les bouilleurs de crû, et la distillation de l'eau-de-vie ne se fait plus que dans des fabriques (51 en 1887) dont la production annuelle est fixée, suivant leur importance, entre 18,000 et 400,000 litres d'alcool à 50°. La fabrication n'en est permise que pendant huit mois et demi. Pour l'ensemble du pays, le maximum de production annuelle avait été fixé à 11,300,000 litres; mais comme le maximum légal n'a guère été atteint, il a été aboli en 1886. L'impôt sur la production est de 60 centimes par litre. La vente en gros n'est pas imposée ; seuls les débitants au verre sont soumis à des taxes variant avec les localités. Les fabricants ne peuvent vendre moins de 65 litres à la fois; de même que les marchands en gros, ils

n'ont droit de vendre de l'eau-de-vie que les jours ouvriers, entre 9 heures du matin et 6 heures du soir. Les jours de marchés et de foires, les débitants au petit verre sont tenus de donner tous aussi à manger dans des locaux bien aérés, clairs, propres, soumis à l'inspection préalable d'un magistrat; il leur est interdit de débiter de l'eau-de-vie aux enfants au-dessous de 15 ans et aux personnes prises de boisson; un individu complètement ivre ne doit pas être mis à la porte du débit ou laissé sans soins. Toute vente au détail doit être faite au comptant. Dans les campagnes, la vente de l'eau-de-vie au détail est prohibée depuis 1885, sauf quelques permissions temporaires. Les communes rurales peuvent même défendre l'établissement d'une fabrique d'eau-de-vie sur leur territoire. Toute ville a d'ailleurs le droit de suspendre la vente au détail. Les maîtres de maison ne peuvent avoir chez eux que 6 litres et demi par personne au-dessus de 21 ans. Il est défendu aux maîtres d'école, aux ecclésiastiques, aux médecins et à tous les employés administratifs d'être intéressés dans les affaires de fabrication ou de vente des boissons alcooliques. L'importation de l'eau-de-vie ordinaire est prohibée; celle du cognac, du rhum et de l'arack est autorisée avec les mêmes restrictions de vente que pour l'eau-de-vie indigène. Il n'est jamais accordé de patentes de débitants d'eau-de-vie sur les emplacements de camps ou de manœuvres militaires.

Depuis 1887, on a renoncé à exiger, comme inutile et trop minutieuse, une pureté absolue de l'eau-de-vie mise dans la consommation et on tolère 2/10 0/0 d'impuretés. D'autre part, la loi de 1886 en a abaissé à 40° la force alcoolique. La consommation moyenne annuelle d'eau-de-vie à 50° a été en 1887 et 1888 de 5,964,700 litres et la consommation totale en 1887 pour toutes espèces de boissons alcooliques de 4,198,000 litres d'alcool à 100°, ce qui, pour une population de plus de 2,270,000 habitants (dont 200,000 dans les villes), ne fait que 1 litre 85 par tête, bière et vin compris. Donc, des pays européens, la Finlande et la Norvège sont ceux qui consomment le moins d'alcool.

De 1851 à 1860, la moyenne annuelle des crimes commis pendant l'ivresse était de 63,3 et celle des délits de 414,2; de 1879 à 1888, elle a été de 29,7 pour les premiers et de 318,8 pour les autres. La différence s'accuse encore plus nettement lorsqu'on réfléchit que, de 1851 à 1888, le chiffre des habitants s'est élevé de 1,647,000 à 2,300,000. Le nombre des suicides a également diminué.

Au nord du pays et en Laponie, se trouve la secte religieuse des Hihulites, qui comprend 50,000 adhérents et pratique l'abstinence absolue de boissons spiritueuses.

Pippingsköld espère qu'on arrivera graduellement à habituer la population finlandaise à se contenter d'eau-de-vie marquant seulement 25 ou même 20° (*R. S. M.*, XL, 251). J. B.

La contamination des rues dans les grandes villes, spécialement à Naples, par L. MANFREDI (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série, janvier et février* 1892).

Les immondices des rues des grandes villes sont au nombre des matières les plus riches en micro-organismes; elles en contiennent plus que les eaux des égouts et presque autant que les excréments humains. Les

micro-organismes des rues sont en grande partie de nature à résister à l'action des vicissitudes atmosphériques. La poussière sèche des rues est spécialement riche en microorganismes vivants. L'influence de la pluie est variable : les petites pluies favorisent la pullulation des microbes, les grandes pluies en diminuent immédiatement le nombre. Les immondices des rues sont parmi les matières les plus riches en substances organiques et en azote ; elles sont donc un excellent terrain pour la culture des microbes. La quantité de substances organiques et celle de micro-organismes que contiennent les immondices des rues varient d'une ville à l'autre et même d'une rue à l'autre, suivant les conditions hygiéniques de la surface du sol. Naples présente, en raison des mauvaises conditions de l'hygiène de ses rues, le plus haut degré de contamination au point de vue en question. 73 0/0 des immondices napolitaines contenaient des germes pathogènes pour les cobayes. Parmi les espèces microbiennes pathogènes connues, Manfredi a rencontré 7 fois des pyocoques (6 fois le staphylocoque doré, 1 fois le streptocoque), leur virulence était atténuée ; 4 fois le bacille de la septicémie gangréneuse provenant des rues les plus sales et de matières très humides ; 2 fois le bacille du tétanos et 3 fois le bacille de la tuberculose, paraissant atténué dans sa virulence (2 des échantillons sur 43 provenaient des rues voisines d'un grand hôpital). Quant aux espèces pathogènes non encore classées, les unes ont entraîné la mort par septicémie, les autres ont déterminé, soit une issue fatale, soit des malaises plus ou moins graves, avec syndromes complexes et variés, tels qu'œdèmes avec ou sans suppuration, phlegmons, pneumonies, etc. Par des expériences spéciales, Manfredi a reconnu que les bacilles tuberculeux conservent leur pouvoir infectieux 2 mois après qu'on les a mêlés à des balayures des rues, mais ils subissent une atténuation graduelle. Dans les mêmes conditions, les bacilles typhoïdiques se cultivent 1 mois, les cholériques, 2 semaines, les charbonneux, tantôt 2 à 3 jours, tantôt 2 semaines, les staphylocoques 20 à 30 jours ; ces derniers sont les seuls qui s'accroissent numériquement pendant les premiers jours. J. B.

Beretning om... (Rapport sur les appareils de chauffage et de ventilation des écoles communales de Copenhague), par Ch. AMBT (*Copenhague* 1890 *et Hygienische Rundschau*, *I*, 148, 15 *février* 1891).

Rapport très intéressant au point de vue des questions touchant à la ventilation. Les recherches ont porté sur 6 écoles; 4 d'entre elles avaient un calorifère à air chaud ; dans les autres, l'air de ventilation était chauffé par la vapeur. L'évacuation de l'air vicié s'effectuait par des conduits verticaux, munis d'orifices à proximité du plancher et du plafond. Dans les saisons intermédiaires, l'aération était assurée soit par des cheminées d'appel chauffées, soit par pulsion mécanique. Dans deux écoles, l'air était filtré avant son introduction.

Les dosages de l'acide carbonique ont montré que les différents systèmes produisaient un renouvellement d'air suffisant. Le matin, avant l'entrée en classe, la proportion d'acide carbonique oscillait d'ordinaire entre 0,6 et 0,9 pour mille ; immédiatement avant la fin de la leçon, elle s'élevait en moyenne à 1,5, ne dépassant que très exceptionnelle-

ment 1,8 ; dès que la salle était évacuée depuis dix minutes, la proportion d'acide carbonique retombait à 1 pour mille.

Deux des aides d'Ambt ont fait, à son insu, une expérience assez risquée. Dans une pièce, hermétiquement close, cubant 43m3, ils ont répandu 0m040876 d'oxyde de carbone pur, ce qui représente une proportion de 1,06 pour mille. Ils ont séjourné trois heures durant dans cette atmosphère ; en raison de la ventilation, à la fin de la séance, la quantité d'oxyde de carbone était réduite à 0,15 pour mille. Les deux expérimentateurs n'ont rien éprouvé d'anormal durant la séance, et le soir seulement ils ont eu un peu de mal de tête.

L'humidité relative de l'atmosphère respirée n'a pas grande importance ; elle peut varier de 25 à 75 pour cent. Dans les locaux chauffés par la vapeur, il est inutile d'humidifier l'air.

L'air neuf, préalablement chauffé, est mieux utilisé quand il afflue simultanément par deux orifices ménagés sur des parois opposées. Toujours il tend à circuler le long des parois et du plafond, au voisinage duquel il est refoulé par la respiration des élèves. Les orifices de départ de l'air usé ne doivent pas être placés près de la paroi munie de fenêtres. Les gaines d'extraction ne doivent pas s'élever dans les murs extérieurs à cause du refroidissement.

Pour le printemps et l'automne, où il n'est pas nécessaire de chauffer beaucoup, sans pourtant qu'on puisse encore ouvrir les fenêtres pendant les heures de classe, les écoles communales de Copenhague sont pourvues de moyens d'aération spéciaux qui sont d'ailleurs peu usités et superflus ; il s'agit tantôt de ventilation par appel thermique, tantôt de ventilation par pulsion mécanique à l'aide d'hélices.

Les prises d'air frais se trouvent sur les deux côtés des bâtiments, de façon à utiliser le vent ; elles sont fermées par des registres que le chauffeur actionne de la salle des calorifères. D'autres registres placés sur le trajet des conduits des calorifères permettent au chauffeur de graduer, suivant les besoins, la température et la quantité d'air chaud introduit dans les classes.

A plusieurs reprises, Ambt a constaté que dans les intervalles des leçons où les classes sont vides, l'air chaud qui y afflue a une autre odeur et est plus abondant qu'avant ou après. Cela ne peut s'expliquer que par l'existence de contre-courants descendants qui se manifestent dans les canaux d'amenée. Ambt a en effet vérifié que l'air de la salle où sont placés les calorifères renfermait davantage d'acide carbonique au moment où les classes étaient évacuées après chaque leçon. Ces contre-courants, auxquels Ambt ne reconnaît aucune influence fâcheuse pour la santé, sont plus difficiles à éviter dans les salles chauffées directement par des poêles ou des tuyaux de vapeur que dans celles desservies par un calorifère central à air chaud.

Le chauffage par la vapeur est plus coûteux que celui par l'air. J. B.

I. — La strontiane au point de vue de l'hygiène. Rapport de RICHE au conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine).

II. — Rapport de POUCHET au comité consultatif d'hygiène publique de France (*Ann. d'hyg. publ.*, 3e *série*, *XXVII*, 44, *janvier* 1892).

I. — Les sels de strontiane intéressent l'hygiène alimentaire sous deux

rapports : 1° ils servent au déplâtrage des vins; 2° ils servent à extraire le sucre des mélasses.

Le déplâtrage des vins s'opère, à l'aide du tartrate, en ajoutant, par hectolitre de vin, pour chaque gramme, par litre, de sulfate de potasse à précipiter, 24 grammes d'acide tartrique et 166gr,2 de tartrate de strontiane, et à laisser reposer. Le sulfate de potasse est transformé en bitartrate et le sulfate de strontiane se précipite. Mais il reste toujours dans le vin quelques traces de celui-ci et le laboratoire municipal de Paris a constaté jusqu'à 0gr,036 de strontiane par litre.

L'extraction du sucre des mélasses s'effectue, dans un certain procédé de plus en plus usité, par précipitation du sucre à l'état de sucrate bistrontique, et dans les mélasses résiduaires, le laboratoire municipal a trouvé jusqu'à 14 grammes de strontiane par kilogramme.

Considérant que ces mélasses servent à la préparation des boissons économiques, à la fabrication du pain d'épices, des confitures, des glucoses, et malgré l'innocuité des sels de strontiane, le conseil de salubrité de la Seine, sur le rapport de Riche, conclut à l'interdiction de l'emploi de la strontiane, soit pour déplâtrer les vins, soit pour désucrer les mélasses.

II. — De petites quantités de sels de baryum très toxiques sont toujours mélangées aux sels de strontiane, qui, eux, sont inoffensifs. Mais les mélasses ne sont plus guère consommées, et sont utilisées dans différentes industries : distillerie, teinture, fabrique de cirages. Sur le rapport de Pouchet, le comité consultatif a décidé qu'il ne voit aucun inconvénient pour l'hygiène publique dans l'emploi de la strontiane pour la sucraterie, mais qu'il verrait des inconvénients à son emploi pour le déplâtrage des vins (*R. S. M.*, XXVI, 523; XXXIX, 516 et 517). J. B.

Action de l'acide sulfureux sur quelques bactéries pathogènes, par CASSEDEBAT (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *XIII*, 1095, *décembre* 1891).

D'expériences faites, dans une chambre close de $3^{m^3},5$, sur les micro-organismes de la fièvre typhoïde, de la dysenterie, de la diphtérie, du charbon, du rouget, du choléra et du clou de Biskra, avec l'acide sulfureux, obtenu par la combustion de 170 à 255 grammes de soufre, Cassedebat conclut : L'acide sulfureux, aux plus hautes doses qu'il soit possible d'atteindre dans la pratique, même en saturant l'air d'humidité, est un antiseptique trop inconstant pour le préconiser dans la désinfection des virus étudiés. (*R. S. M.*, IX, 554; XI, 522; XIV, 498; XVIII, 689 et 690; XXVII, 97 et XXXVII, 81.) J. B.

Untersuchungen ueber das Verhalten der Typhusbacillen im Boden, par J. KARLINSKI (*Arch. f. Hyg. XIII et Hyg. Rundsch.*, *II*, 231, 15 *avril* 1892).

Dans les expériences de Karlinski, la durée la plus longue de vie, dans le sol, des bacilles typhoïdiques a été de 3 mois.

La durée de vie des bacilles typhoïdiques enterrés avec des déjections typhoïdiques est essentiellement plus courte que celle des bacilles de cultures pures, provenant du sang, ce qui s'explique par l'activité des bactéries fécales.

Dans les couches un peu profondes du sol, les bacilles typhoïdiques

peuvent braver les variations de température et d'humidité ainsi que l'activité des micro-organismes du sol.

En revanche, à la surface de la terre, exposés comme ils sont à l'humidité et au soleil, ils périssent promptement.

Les alternances d'humidité très forte et très faible, que cette humidité soit descendante ou ascendante dans le sol, raccourcissent énormément la durée de la vie des bacilles typhoïdiques enfouis.

La durée de leur vie est très courte aussi dans les couches du sol auxquelles atteignent les racines des plantes.

La putréfaction dans le sol des organes de cadavres typhoïdiques s'accompagne d'une élévation considérable de la température.

Dans les organes de cadavres typhoïdiques enterrés, on peut retrouver encore après 3 mois, des bacilles typhoïdiques lorsque la putréfaction a été retardée et qu'il y a eu obstacle à l'arrivée des microbes spécifiques de la putréfaction. J. B.

Contribution à l'étude des sépultures au point de vue hygiénique, par Th. **BELVAL** (*Mouvement hygiénique, VIII*, 90, 129 et 173, *mars, avril et mai* 1892).

Le nouveau cimetière bruxellois d'Evère est placé dans un terrain d'argile et de sable si fin qu'il retient l'eau. Pour que les corps ne se trouvent pas dans un sol trempé, l'administration y a fait transporter environ 200,000 mètres cubes de déblais de l'ancien cimetière du quartier Léopold, ce qui exhaussera le sol de 2 mètres. Il mérite d'être signalé que ce déblaiement d'un cimetière, vieux d'un siècle, et qui a commencé 12 ans après les dernières inhumations, s'est effectué en deux saisons froides, sans aucun inconvénient pour la santé ni des ouvriers, ni des voisins.

En Belgique, la législation des sépultures repose, comme en France, sur le décret du 23 prairial an XII. Le tour de rotation, qu'il réduit à 5 ans, s'il est favorable aux finances municipales, ne tient pas toujours suffisamment compte de la lenteur de la décomposition des corps, variable, non seulement avec la nature du sol, mais aussi avec le genre de cercueil. Une circulaire ministérielle belge du 19 novembre 1889 engage vivement les administrations communales à interdire l'emploi de cercueils en métal ou en bois dur, sauf pour les transports au loin et pour les inhumations dans des caveaux ou dans des terrains concédés.

Le décret de prairial, d'autre part, ne fait pas mention des caveaux de famille dont l'installation défectueuse peut donner lieu à des accidents d'asphyxie quand on les rouvre pour y déposer un nouveau corps. C'est pour éviter ces inconvénients que Bockstael introduisit en Belgique, en 1877, les galeries funéraires où les cadavres sont enfermés dans des niches séparées, hermétiquement closes. Il en existe actuellement trois dans l'agglomération bruxelloise. A Laeken seulement, les galeries sont complètement souterraines. On trouvera dans l'intéressant travail de Belval, des planches représentant les galeries funéraires de Laeken, de Molenbeck-Saint-Jean et de Saint-Josse-ten-Noode.

Belval conclut : Les caveaux de famille doivent être disposés en cellules distinctes, de telle façon que chacune d'elles puisse être hermétiquement et définitivement close après le dépôt du corps qu'elle doit conte-

nir. Les galeries mortuaires bien construites n'offrent aucun inconvénient au point de vue de l'hygiène publique. J. B.

L'éclairage électrique dans ses rapports avec l'hygiène, par GARIEL (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *XIV*, 101 *et* 191, *février* 1892).

Dans les conditions usuelles de l'emploi de la lumière électrique, aucun inconvénient ne résulte de cet emploi pour l'œil. L'éclairage électrique est supérieur à tous les autres connus jusqu'à présent, au point de vue de la composition de l'air qu'il modifie extrêmement peu ou pas, et au point de vue du dégagement de la chaleur qui est très faible. Son emploi se recommande donc pour l'éclairage de toutes les salles destinées à réunir un certain nombre d'assistants.

Les dangers d'incendie dus à l'emploi de l'électricité peuvent être évités par une installation correcte. Il en est de même des accidents dus à l'action du contact des conducteurs traversés par les courants. Le nombre de ces accidents a d'ailleurs diminué au fur et à mesure que l'électricité était plus employée, ce qui prouve que les accidents signalés au début étaient imputables à une connaissance insuffisante des conditions normales.

L'attention doit être appelée spécialement sur les installations d'éclairage mixte (électricité et gaz) et sur les courants de haute tension.

Il ne saurait y avoir aucun inconvénient propre à l'électricité dans la création des stations centrales. Ces inconvénients sont absolument nuls si l'on dispose de moteurs hydrauliques. Si l'on fait usage de moteurs à vapeur, ils sont les mêmes que ceux que présenterait toute autre industrie employant des foyers alimentés à la houille, et toute réglementation protectrice de la santé publique acceptée pour ces foyers suffirait également pour les stations centrales d'électricité. J. B.

Ueber die Morbiditaetsverhaeltnisse in Papierfabriken, par H. FREMMERT (*Deutsche Viertelj. f. œffentl. Gesundheitspflege, XXIII*).

Résultats d'observations faites depuis 25 ans dans une papeterie russe occupant en moyenne 500 ouvriers.

Au point de vue du voisinage, les fabriques de papier ne sont nuisibles que par leurs eaux qui doivent être filtrées et épurées avant leur déversement dans les cours d'eau.

Au point de vue des ouvriers, l'opération la plus dangereuse est la manipulation des chiffons qui peut être l'origine de maladies contagieuses ou de maladies dues aux poussières. Il n'existe pas de maladie spéciale occasionnée par les chiffons, qui sont seulement le véhicule d'agents infectieux variables selon leur provenance.

La désinfection réelle des chiffons se heurte jusqu'ici à des difficultés insurmontables; il faut donc faire attention à leur provenance et exiger leur assainissement sur les lieux de récolte.

On a beaucoup exagéré l'influence nocive des poussières de chiffons : elles donnent presque uniquement lieu à des catarrhes aigus des bronches. Mais vu la possibilité que l'inhalation de ces poussières provoque de graves maladies, il faut à défaut du mouillage des chiffons qui est impraticable, exiger d'abord leur battage puis leur passage au loup avant le triage, et un bon ventilateur.

Les inconvénients des autres opérations sont insignifiantes : quelques affections rhumatismales et des brûlures dans l'atelier de cuisson.

Il n'y a pas, chez les papetiers, d'affections professionnelles spéciales et leur mortalité est plus faible qu'on ne pourrait le croire; leurs maladies ne sont pas très fréquentes et durent en général peu.

Dans ces dernières années, il y a eu diminution des conjonctivites dues aux poussières et des affections des voies respiratoires; augmentation, au contraire, des affections rhumatismales et surtout des affections cutanées. J. B.

L'hygiène des crèches, par Henri NAPIAS (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *XIII*, 907, *octobre* 1891).

Intéressant travail dans lequel Napias expose les garanties sanitaires que devraient offrir les crèches, sous les multiples points de vue des locaux, du mobilier, du personnel, du régime alimentaire, des soins de propreté et de désinfection, de la surveillance médicale.

C'est en 1844 que Marbeau fonda la première crèche. A l'heure actuelle, Paris en possède 46, disposant ensemble de 1,431 places dont beaucoup restent vides, parce qu'étant dus à l'initiative privée, ces établissements se trouvent en plus grand nombre dans les arrondissements les moins populeux et les moins ouvriers; seul le XIVe arrondissement en est totalement dépourvu.

En dehors de la Seine, il en existe dans 50 départements et en outre à Alger, Constantine, Bône, Tunis et la Pointre-à-Pitre. Parmi les mieux installées, Napias cite, à Paris, celles de Sainte-Marguerite à Grenelle, de Saint-Pierre du Gros Caillou, du chemin de fer de l'Ouest et la laïque du XIe arrondissement ; en province, celles du familistère de Guise, la municipale de Grenoble et la crèche Brière à Rouen.

D'après Napias, une crèche modèle devrait comprendre : 1° un vestibule; 2° deux dortoirs, l'un pour les berceaux, l'autre pour les petits lits; 3° une chambre d'isolement provisoire en cas de maladie subite ; 4° une salle pour la toilette des enfants, avec baignoires, lavabos et balances; 5° une cuisine ; 6° une salle d'allaitement pour les mères ; 7° une vaste salle de jeux, séparée en deux par une barrière d'appui, de façon à ne pas mêler les enfants qui marchent à peine et ceux qui courent déjà ; 8° une vérandah pour les jeux à l'air et à couvert, donnant sur une cour ou un jardin ; 9° un vaste cabinet d'aisance renfermant un siège par 10 enfants ; 10° un vestiaire avec une petite étuve ; 11° une lingerie ; 12° un cabinet pour le médecin ; un bureau pour l'administration et un logement pour la directrice. La crèche peut être annexée à une école supérieure de filles qui y apprendront les soins à donner aux enfants. J. B.

Anfressen eines Bleirohres durch die Larve einer Holzwespe (Corrosion d'un tuyau de plomb par la larve d'un insecte xylophage), par K. HARTMANN (*Gesundheits-Ingenieur et Hygienische Rundschau*, *1*, 371, 15 *mai* 1891).

En recherchant une fuite sur un tuyau de plomb, on découvrit dans la paroi de ce conduit une larve vivante de sirex, ayant la tête engagée dans l'épaisseur du métal. A cet endroit le tuyau de plomb se trouvait en contact avec une pièce de bois d'où provenait l'insecte qui s'était frayé,

dans le tube métallique, un canal de 7 millimètres de long, sur 4 de large.

Ces larves ne se rencontrent pas dans le vieux bois sec. D'autre part, comme la larve fait sa route de l'aubier vers l'écorce, il suffisait pour éviter la corrosion du tuyau métallique de ne pas mettre l'écorce au contact du métal. J. B.

Ueber Steilschriftversuche in Schulen (Compte rendu d'essais d'écriture droite dans les écoles), par P. SCHUBERT (*Zeitschrift für Schulgesdpflg.* 1891, *et Hygienische Rundschau, I*, 313, 15 *avril* 1891).

Le gouvernement bavarois a fait expérimenter parallèlement, dans les différentes classes d'une même école primaire, secondaire ou normale, l'écriture droite et l'écriture penchée, le cahier étant placé droit et au milieu. (*R. S. M.*, XXX, 94.)

Des expériences analogues ont été faites à Vienne et à Flensbourg.

Le rapport de Schubert en donne les résultats qui ont été excellents partout, l'écriture droite s'étant montrée décidément supérieure à l'écriture penchée. L'objection, que dans la position droite et médiane du cahier, la direction des lignes est contraire aux lois des mouvements de la main, s'est trouvée réfutée par le fait que, dans un concours de vitesse entre écoliers, le même devoir a été bien plus vite transcrit par ceux qui écrivaient droit que par les autres. D'autre part, l'écriture droite n'a rien de disgracieux et elle est plus lisible que l'écriture penchée. Mais ses avantages essentiels sont de permettre aux enfants une attitude corporelle irréprochable, tandis qu'avec l'écriture penchée, malgré les admonestations sans cesse renouvelées du maître, ils ne tardent pas à s'affaisser sur eux-mêmes, à faire saillir une épaule, à incliner la tête latéralement ou même à s'appuyer sur le bras gauche. Schubert a photographié l'attitude du corps au bout d'un an de classe chez un certain nombre de fillettes, les unes initiées à l'écriture droite, les autres à l'écriture penchée; la différence est frappante en faveur de celle-là. J. B.

Rapport à la commission des logements insalubres de Paris sur la substitution du blanc de zinc à la céruse, par FINANCE (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *XIII*, 579, *juillet* 1891).

La fabrication et le broyage de la céruse ont lieu maintenant dans des appareils clos. Les peintres en bâtiment reçoivent la céruse toute broyée et ne s'en servent plus à l'état pulvérulent que quand la peinture se fait au vernis. Toutefois, le danger d'intoxication reste encore considérable à cause des nécessités techniques ou professionnelles. Le peintre garde dans sa main, pendant plusieurs heures consécutives, le mastic et l'enduit à la céruse. Le grattage des vieilles peintures et le ponçage qui s'exécute avant de donner les dernières couches détachent des poussières toxiques.

Le blanc de zinc est aussi solide que la céruse sans en avoir les inconvénients, il « couvre » autant à la condition de tenir la teinte un peu moins liquide. Il réclame seulement une proportion plus forte d'huile et moindre d'essence de térébentine. Enfin, le blanc de zinc n'est pas plus cher que la céruse, parce qu'étant moins lourd il fournit, à poids égal, davantage de matière.

Pour déceler immédiatement la présence du plomb dans une peinture, Finance, après expériences comparatives avec l'iodure de potassium, préconise l'emploi d'une solution de sulfure de sodium au centième. Elle ne colore pas du tout le blanc de zinc et teint en noir la peinture à la céruse. J. B.

Die Thaetigkeit der im Deutschen Reiche errichteten Anstalten zur Gewinnung von Thierlymphe während des Jahres 1890 (*Arbeiten aus d. k. Gsdhamte, VII, et Hyg. Rundsch. II*, 230, 15 *mars* 1892).

L'Institut de vaccin animal créé à Stettin en 1890, forme le vingt-troisième des établissements allemands de ce genre.

Le nombre des animaux inoculés durant l'année varie de 129 à Cologne, à 5 à Lubeck. A Halle, où l'on a employé 96 veaux, la plus grande moitié d'entre eux ont offert des troubles digestifs qui ont réduit d'un tiers le rendement en matière vaccinale. En tout, 428 animaux ont été inoculés avec le vaccin jennérien, 542 avec le vaccin animal et 63 avec l'un et l'autre, simultanément; le chiffre total des veaux inoculés s'élève à 1,081. La quantité de vaccin recueilli sur un animal a oscillé entre 3gr,3 à Dresde et 35 grammes à Strasbourg. L'institut de Berlin a fourni 504,546 portions de vaccin, dont 469,927 aux vaccinateurs officiels, 23,904 aux médecins militaires et 3,830 à des médecins privés ; celui de Munich a fourni 396,107 portions, celui de Cologne, 268,091, celui de Kœnigsberg 264,107, celui de Cassel 262,410, etc. Le chiffre des insuccès pour premières vaccinations avec le vaccin animal a varié de 0,2 0/0 à Leipzig, à 11,5 0/0 à Cologne ; celui des revaccinations entre 0,9 0/0 à Sttutgart et 28,6 0/0 à Kœnigsberg. La proportion des scarifications suivies de pustules vaccinales a varié dans les premières vaccinations de 94,2 0/0 à Berlin, à 73,5 0/0 à Cologne, et dans les revaccinations de 78,4 0/0 à Berlin, à 32,6 0/0 à Kœnigsberg. L'institut de Cologne a fait le 2 octobre des envois de vaccin à différents consulats, tels que ceux de Calcutta, de Valparaiso, de Saint-Thomas, de Guatémala et de Zanzibar, avec prière de les retourner par le courrier suivant qui les a rapportés à Cologne le 3 décembre. Ce jour-là, on tenta des inoculations avec tous les échantillons qui avaient ainsi voyagé : tous les vaccins donnèrent de belles pustules à l'exception de ceux revenus de Calcutta et de Valparaiso.

A Carlsruhe, on a inoculé un veau avec succès en octobre avec du vaccin recueilli sur l'animal en janvier et conservé depuis lors dans un tube de verre hermétiquement clos.

De Stuttgart, on signale une épidémie de trichophytie chez des enfants qui deux mois auparavant avaient été inoculés avec de la lymphe animale qui examinée à ce propos fut trouvée renfermer aussi le champignon de l'herpès tonsurant. On pense que durant l'inoculation de l'animal effectuée dans la cour, un coup de vent a apporté les spores d'écuries du voisinage.

A Carlsruhe, on a inoculé à des animaux du pus de variole humaine; par une série de passages sur l'animal, on s'est procuré ainsi une nouvelle source de vaccin très efficace. Dès la troisième génération, ce vaccin a pu être inoculé à des enfants sans inconvénients ; il s'est

montré tout aussi bénin dans son évolution, mais beaucoup plus sûr comme réussite (R. *S. M.*, XIII, 511 et XXIX 80, XXXIX 543).

Vaccinations-und Revaccinationsergebnisse, par PEIPER et DIEWITZ (*Internat. klin. Rundsch.*, n° 43, 1891, *et Hyg. Rundsch., II*, 133).

Sur 479 enfants de 12 ou 13 ans revaccinés à Greifswald, 97 0/0 l'ont été avec succès, tandis que chez les 3 0/0 restants le résultat est inconnu. 16 fois la première vaccination avait été, pour cause de maladie, ajournée à la deuxième année de la vie, une fois même à la troisième. Chez ces enfants, réinoculés ainsi au bout de 9 ou 10 ans seulement, les revaccinations ont été fructueuses 93,75 fois sur 100.

La première vaccination avait toujours été faite par des piqûres, la seconde par des scarifications, l'une et l'autre avec du vaccin animal.

Plus le nombre des cicatrices de la vaccination était considérable, moindre était celui des pustules légitimes de la revaccine. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Notes on a case of hemiplegia, par T. LAUDER BRUNTON (*St-Barth. hosp. Rep., XXVII, p.* 225).

Il s'agit d'une femme atteinte d'affection cardiaque, qui devint hémiplégique droite et aphasique. Peu après, l'aphasie disparut, l'épaule et la hanche recouvrèrent le mouvement, mais la main, le bras, le pied et le genou restèrent paralysés.

L'auteur déduit de cette observation que la distribution des centres moteurs corticaux chez l'homme ressemble plus à celle du macaque qu'à celle de l'orang-outang. Dans les expériences de Ferrier, sur le macaque, le centre des mouvements de l'épaule est indiqué plus en arrière que ceux du bras et de la main, tandis que dans les expériences de Horsley sur le même animal, le centre des mouvements de la hanche est également situé en arrière par rapport à ceux des genoux et des pieds. Sur la guenon, les centres n'ont pas la même position, ils sont situés en avant d'une ligne tirée du sillon précentral. Chez l'orang-outang, au contraire, ils sont sur la même ligne verticale. La conséquence est que chez la guenon, une embolie qui vient oblitérer l'artère nourricière des circonvolutions situées de chaque côté du sillon de Rolando, peut détruire les fonctions des centres de la main et du pied, du bras et de la jambe, tout en laissant intacts ceux de l'épaule et de la hanche : chez l'orang-outang, au contraire, la même embolie supprimera simultanément les mouvements de l'épaule et de la hanche. H. R.

Ueber Störungen des Gleichgewichtes bei Stirnhirntumoren (Troubles de l'équilibre dans les tumeurs du lobe frontal), par L. BRUNS (*Deutsche med. Woch.*, n° 7, *p.* 138, 1892).

Les troubles de l'équilibre qu'on désigne sous le nom d'ataxie céré-

belleuse peuvent se manifester dans les cas de tumeurs du lobe frontal. Ils sont très rares, au contraire, quand les tumeurs occupent la région rolandique et les autres régions du cerveau.

A l'appui de cette proposition, l'auteur cite 4 cas :

1° Chez un sujet qui n'avait pas de paralysie, mais de la céphalée, des convulsions, de la rétropulsion et des troubles très marqués de l'équilibre, on trouva un sarcome du lobe frontal gauche et un du lobe frontal droit ;

2° Homme de 54 ans, atteint depuis plusieurs années, à la suite d'un traumatisme cranien, de céphalalgie et de vertige. Parésie de la main droite ; pas d'autre paralysie. Impossibilité de se tenir debout, entraînement vers la droite, ataxie de la marche. A l'autopsie, hématome de la dure-mère constituant une tumeur de la grosseur d'une pomme et comprimant le lobe frontal gauche ;

3° Homme de 36 ans, atteint de graves désordres oculaires en 1887, puis d'hémiparésie droite avec participation du facial inférieur et de la langue. Le malade ne peut se tenir en équilibre. Aphasie motrice. On trouve, après la mort, un sarcome volumineux du pied de la 2e frontale;

4° Homme de 60 ans, syphilitique. Céphalalgie frontale. Paralysie soudaine de la main gauche et spécialement du pouce, puis légère parésie de tout le côté gauche. A la fin, névrite optique. Gliome du centre ovale à droite, ayant détruit presque complètement les 2e et 3e frontales, intéressant la partie antérieure du noyau lenticulaire, respectant la capsule interne. La tumeur atteint le bord antérieur de la frontale ascendante, à la hauteur du segment inférieur du centre brachial. A ce niveau, le crâne est mince comme du papier.

L. GALLIARD.

Case of cerebral tumour, par J. RORIE (*Journ. of ment. sc., juillet* 1892).

Femme, célibataire, 60 ans, domestique, entre à l'asile le 1er décembre 1891 ; semble tombée en enfance, a perdu la mémoire; s'imagine que sa mère, morte depuis longtemps, lui est apparue; incohérence du langage; reste stupide et ne comprend pas ce qu'on lui dit. La maladie a commencé par de l'obnubilation intellectuelle, qui est allée toujours en augmentant. Une sœur de la malade est aliénée; elle-même a fait des excès de boisson continuels et a eu une existence difficile depuis la mort de sa mère. Les sensibilités générale et spéciale semblent intactes; faiblesse des membres inférieurs ; tendance au sommeil, parfois brusque et invincible; équilibre difficile, chutes à terre. Le 8 février 1892, attaque apoplectique, paralysie envahissante, mort 3 jours plus tard. A l'autopsie, on trouva, sans parler de cavernes pulmonaires cicatrisées, une grosse tumeur de 7 centimètres sur 4 centimètres, d'une couleur gris rouge foncé, qui occupait la place des ganglions de la base du cerveau, à l'exception d'une petite portion du segment postérieur de la couche optique et qui remplissait en partie les ventricules latéraux en avant. La tumeur était d'une consistance un peu plus ferme que la substance cérébrale ordinaire, et semblait constituée par du tissu interstitiel : au microscope on constata que c'était un myxome. Rorie fait observer que ce cas est remarquable en ce que la tumeur, autant qu'on a pu en juger dans l'état de démence de la malade, ne s'est révélée par aucun des symptômes habituels : maux de tête, vomissements, troubles du langage, convulsions et altération de la sensibilité. DESCOURTIS.

A case of cerebral tumour, par H. HANDFORD (*Brain, p.* 296, *part. LIV*, 1891).

Mineur âgé de 38 ans, qui, à la suite d'une chute, éprouve de la lourdeur de la jambe gauche et des fourmillements. En quinze jours, ceux-ci s'étendent au côté et au bras gauches, avec douleurs, sensation d'arrachement des

ongles et impotence fonctionnelle, il devient hémiplégique incomplètement, avec prédominance de la paralysie des adducteurs. Exagération des réflexes tendineux à gauche. Sensibilité diminuée de ce côté, surtout au membre supérieur, et pour les impressions de chaleur qui ne sont pas perçues. Contractilité électrique diminuée au niveau des adducteurs et des fléchisseurs.

A ces symptômes s'ajoutent bientôt de la céphalée, des vomissements, la perte du goût et de la névrite optique, finalement de la dysphagie. Le malade meurt un mois après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouve une volumineuse tumeur, de couleur foncée, occupant la partie supérieure de la frontale ascendante droite et l'extrémité postérieure de la première frontale; le lobule paracentral est entièrement envahi et la circonvolution de l'ourlet atteinte. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un sarcome télangiectasique.

L'auteur insiste sur les troubles de sensibilité thermique qui sembleraient prouver qu'il y a des conducteurs différents pour les sensations de froid et de chaud, puisque le malade percevait bien le froid et n'avait aucune conscience de la chaleur. Il attribue à la lésion du gyrus fornicatus (circonvolution de l'ourlet) ces troubles sensitifs. H. R.

Recent tubercle of the Pons Varolii... (Tubercule de la protubérance avec double déviation conjuguée des yeux), par J. S. BRISTOWE (*Brain, p.* 289, *part. LIV,* 1891).

Homme de 49 ans. Sept semaines auparavant, bourdonnements d'oreilles, douleur à l'épaule gauche et engourdissement de la jambe gauche : puis céphalée surtout rétro-oculaire, incertitude de la marche, diplopie intermittente, finalement parésie des membres du côté gauche.

A son admission on constate les symptômes suivants : Asymétrie de la face sans paralysie faciale, parésie du masséter et du temporal droit, impossibilité de la mastication ; anesthésie incomplète de la face à droite, complète du cou et de la face à gauche. Déviation conjuguée persistante des yeux du côté gauche, sans altération pupillaire ni rétinienne. Bourdonnements d'oreille et dureté de l'ouïe: goût émoussé, odorat intact, mouvements de la langue et du pharynx difficiles. Parésie gauche des membres et paresthésie du même côté.

Affaiblissement progressif : aggravation des symptômes et de la céphalée. Six semaines après, disparition de la déviation des yeux à gauche, mais impossibilité de porter les globes oculaires latéralement, à droite comme à gauche : commencement de paralysie de la jambe droite, aggravation de la dysphagie. Mort quatre mois après son entrée.

A l'autopsie, tubercule caséeux de la protubérance localisée surtout dans le lobe gauche et dans sa zone antérieure, mais empiétant sur le lobe droit, et bombant vers le plancher du 4ᵉ ventricule. Intégrité des pédoncules cérébraux.

Un autre noyau tuberculeux ancien et crétifié existait dans un des lobes du cervelet. Poumons tuberculeux. H. R.

On a case of anesthesia... (Anesthésie et troubles trophiques consécutifs à une lésion limitée du gyrus fornicatus et d'une partie de la circonvolution marginale), par Thomas SAVILLE (*Brain, p.* 271, *part. LIV*, 1891).

Homme de 82 ans. Le 16 mai 1888, il a une attaque, perd connaissance et reste ainsi trois jours; en revenant à lui, son bras et sa jambe gauches sont plus faibles que les membres du côté droit. Huit jours plus tard, on l'amène à l'hôpital, où l'on note les symptômes suivants. Retour de la conscience, mais troubles intellectuels et aphasie incomplète. Pas de paralysie ni d'af-

faiblissement des membres du côté gauche, mais anesthésie complète du côté gauche et incomplète du côté droit, sauf au niveau du coude. Incontinence d'urine. Commencement d'escarres au sacrum et aux trochanters.

En trois semaines, le malade se remet de cette attaque et quitte l'hôpital le 18 juillet.

Pendant un an, santé régulière, sauf à certains moments où le malade a du vertige et des sensations de défaillance. Dans l'été de 1889, ces crises deviennent de plus en plus fréquentes.

Le 25 janvier 1890, nouvelle attaque sans perte de connaissance, mais avec engourdissement des membres gauches, aboutissant, au bout de quatre jours, à une hémiplégie complète. Bientôt, escarre du côté paralysé, cystite finale.

Autopsie. — L'hémisphère droit est un peu aplati et diminué de volume. Il existe une large cavité, correspondant à une ancienne hémorragie cérébrale, qui contourne tout le ventricule latéral droit, en décollant la substance blanche (circonvolution de l'ourlet). La lésion correspond précisément au gyrus fornicatus et à la circonvolution marginale; ces deux circonvolutions sont atrophiées et leur substance grise presque nulle : toute communication entre elles et la substance blanche sous-jacente est interceptée. Les circonvolutions frontales, pariétales et occipitales sont intactes. Nombreux petits foyers de ramollissement miliaire dans la substance blanche des deux hémisphères.

Des remarques dont l'auteur fait suivre cette observation, il résulte :

1° Que le gyrus fornicatus paraît être le centre de la sensation de contact pour le côté opposé du corps;

2° Que cette perte de sensation, chez l'homme, peut être rapidement recouvrée, en moins d'une quinzaine, probablement par suppléance fonctionnelle de l'autre hémisphère;

3° Qu'une lésion destructive de cette circonvolution peut amener l'anesthésie sans produire de perte de mouvement volontaire ni de paralysie persistante;

4° Par contre, les lésions ainsi localisées entraînent rapidement des troubles trophiques d'un caractère bien plus permanent que les désordres de la sensibilité. Il est donc probable que les circonvolutions sont un centre trophique pour le côté opposé du corps. H. R.

A case of cerebellar tumor with autopsy, par PRINCE (*Boston medical Journal*, 26 *mai* 1892).

Malade entré en décembre 1890 au Boston City Hospital avec le diagnostic de tumeur probable du cervelet, présentant comme symptômes principaux : mal de tête intense, vomissements, impossibilité de se tenir debout les pieds joints, les yeux fermés et de marcher sans appui ; exagération des réflexes patellaires ; du vertige et une tendance à tomber à droite. On discute l'opportunité de la trépanation mais on ne la fait pas. Mort. Autopsie : le lobe droit du cervelet est occupé par un kyste de la grosseur d'un petit œuf rempli de sérosité pâle. La membrane enkystante est formée de tissu fibreux riche en petites cellules et très vasculaire. L'origine du kyste est impossible à déterminer mais semble être la conséquence d'une hémorragie de la pie-mère ou de la surface de la substance cérébelleuse. On avait noté dans les antécédents du malade un traumatisme d'une extrême violence reçu sur la partie postérieure de la tête sept ans avant sa mort. Prince estime que, dans le cas présent, la trépanation aurait dû être faite. CART.

Endartérite chronique d'une artère vertébrale. Paralysie du moteur oculaire externe droit, etc., par VERGELY (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 *mars* 1892).

Homme de 51 ans, sans antécédents pathologiques ni alcooliques, atteint depuis 3 ans d'une parésie du membre inférieur qui, au début, était accompagnée de gêne de la parole et, depuis 3 mois, d'accidents paralytiques du globe de l'œil. On note, en effet, un strabisme convergent de l'œil gauche et une paralysie du moteur oculaire externe droit et des troubles marqués de la déglutition, de l'équilibration et des sphincters.

A l'autopsie, on a constaté, outre les lésions de la néphrite interstitielle, l'absence de l'artère basilaire et, sur une artère vertébrale, une endartérite avec un thrombus en voie d'infiltration calcaire. Au microscope, le nerf de la sixième paire est atrophié, et dans la partie moyenne de la protubérance existe une vaste cavité lacunaire, vide, à parois dures et épaisses et à contour pigmenté. OZENNE.

Méningite tuberculeuse chez une femme atteinte de rétrécissement mitral. Abcès tuberculeux concomitant du corps strié, par RENDU et BOULLOCHE (*Soc. méd. des hopitaux*, 31 *juillet* 1891).

Une femme de 38 ans, qui était atteinte d'un rétrécissement mitral d'origine rhumatismale depuis six ans, entre à l'hôpital avec des malaises d'étouffements, de cyanose, que pouvait expliquer une bronchite diffuse accidentelle. En outre, elle présente des troubles digestifs (inappétence et quelques vomissements) et cérébraux (céphalalgie intense, empêchant le sommeil). Les malaises se calment au bout de quinze jours environ ; puis soudain, le 18 juillet, la malade tombe dans la prostration et la somnolence, et on crut alors à l'existence d'une thrombose. Le 17, on voit une parésie faciale gauche et un affaiblissement de la main gauche avec ralentissement du pouls, qui devient petit, inégal, intermittent. Le 18, état quasi comateux, la parésie de la face et du bras gauche est complète, la jambe commence à être paralysée; raie méningitique. Mort le 19.

A l'autopsie on trouva le cœur présentant un rétrécissement mitral type ; à la base du cerveau un semis de fines granulations le long des scissures sylviennes et des artères cérébrales postérieures, mais il n'y a pas d'exsudat, pas de thrombose des artères ni des artérioles, pas de ramollissement des circonvolutions pariétales. Quand on ouvre les ventricules latéraux, on voit que le corps strié droit est deux fois plus gros que le gauche, et l'incision en fait sortir un pus crémeux, phlegmoneux, enkysté dans une coque inflammatoire. Le cervelet contenait aussi un petit abcès. Il n'existait de tubercules à l'état de granulations que dans les poumons et les reins.

L'examen bactériologique et les cultures montrèrent que le pus renfermait des bacilles de Koch en quantité prodigieuse, et ne contenait que ce bacille à l'exclusion de tout autre organisme. Donc le bacille de Koch peut devenir spontanément pyogène.

La malade avait aussi pendant sa vie présenté un abcès froid à l'avant-bras, qui a été incisé par Rendu le 3 juillet et qui avait été ponctionné deux mois auparavant.

Chauffard rapporte, à propos de cette observation, le fait d'un malade tuberculeux depuis plus d'un an, qui présenta soudain une série de crises épileptiformes hémiplégiques, suivies de paralysies progressives des membres supérieurs, puis inférieur gauche, et un ensemble de phénomènes qui semblaient liés à une méningite encéphalique tuberculeuse en plaques, localisée au niveau de la zone psycho-motrice à droite ; or, la lésion méningée consistait en une mince couche exsudative fibrino-purulente dans le haut du sillon de Rollando ; mais à la coupe on trouva un gros abcès développé en

plein centre ovale situé au tiers moyen de la zone psycho-motrice, à pus épais, verdâtre ; le microscope montra qu'il n'y avait pas de bacille de Koch mais de nombreux staphylocoques. H. LEROUX.

De quelques troubles de nutrition et de sensibilité de la cornée dans la tuberculose méningée, par PRIOLEAU (*Assoc. franç. Congrès de Marseille* 1891).

Les troubles de la nutrition sont : 1° du dépolissement avec légère opalescence de la cornée; 2° de la diminution de la tension intra-oculaire.

Le dépolissement et l'opalescence de la cornée apparaissent à la période comateuse de la méningite tuberculeuse. Le dépolissement a consisté en érosions très superficielles ne paraissant comprendre que l'épithélium et la membrane de Bowman. Ces érosions siègent généralement à la périphérie de la cornée et aussi bien sur les parties couvertes que sur les parties découvertes de cette membrane. Leur développement est lent, progressif, sans amener de suppuration.

L'opalescence se montre en général dans les vingt-quatre heures qui suivent l'apparition des érosions.

Accompagnant les érosions cornéennes, on rencontre de la diminution de la tension de la chambre antérieure, due à des troubles de la sécrétion.

Les troubles de la sensibilité ont paru plus fréquents que les précédents. Ils se sont montrés dès la deuxième période de la tuberculose méningée, alors que l'agonie n'avait pas encore amené l'insensibilité générale. La cornée pouvait être touchée et piquée sans aucun réflexe.

Physiologiquement, on peut expliquer ces troubles par le développement de tubercules sur le feuillet de l'arachnoïde accompagnant les racines du trijumeau. Quant à l'indépendance des troubles trophiques et des troubles sensitifs, on en trouve l'explication dans l'indépendance du trajet des fibres sensitives et des fibres trophiques du trijumeau.

A. C.

Ueber Pachymeningitis hæmorrhagica interna, par A. FRÆNKEL (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 27, *p.* 666, 6 *juillet* 1891).

Premier cas. Homme de 37 ans, grand buveur de bière, ayant déjà eu, il y a un an, une attaque cérébrale se traduisant par de la céphalée et de l'embarras de la parole. Il y a quatre jours, réapparition de ces symptômes avec, en plus, difficulté de mouvoir le membre supérieur gauche.

Etat à l'entrée. Trismus, parésie rigide du membre supérieur gauche, légère parésie du facial correspondant et dysphagie (déglutition de travers fréquente). Augmentation rapide du trismus, rigidité intense des deux membres supérieurs, de la nuque et du rachis. Déviation conjuguée des yeux du côté droit avec nystagmus oscillatoire dès que les globes oculaires arrivent, avec peine, sur la ligne médiane. Pupille gauche un peu plus large; l'une et l'autre réagissent normalement. Un peu d'affaiblissement de la sensibilité sur toute la moitié gauche de la face et du corps. Dès le lendemain, obnubilation du sensorium. Selles involontaires. Augmentation considérable de la raideur du cou et du dos; bientôt perte complète de la connaissance. Réflexes rotuliens exagérés des deux côtés; trépidation épileptoïde du pied et du genou gauches. Exagération des réflexes musculaires et osseux des deux membres supérieurs. Suppression des réflexes abdominaux et crémastériens qui, la veille encore, existaient à droite. Accroissement incessant de la raideur qui a

envahi les membres inférieurs. Etat tétaniforme avec flexion des coudes. Lorsqu'on cherche à étendre les bras, apparaît un opisthotonos; en même temps, le grand pectoral et le trapèze gauche sont pris de contracture tétanique.

Le 4e jour de l'admission, veille de la mort, accès convulsifs généralisés. Le coma et la rigidité sont graduellement remplacés par une résolution complète avec suppression de la trépidation épileptoïde mais persistance des réflexes rotuliens. Mort au milieu d'une cyanose intense, avec 132 pulsations et élévation progressive de la température, précédemment toujours apyrétique, jusqu'à 39°,3 ; une heure après la mort, température rectale de 39°,6.

Le diagnostic de pachyméningite hémorragique interne fut confirmé par l'autopsie :

La dure-mère, tendue et fluctuante, contenait 340 grammes de sang fluide. L'hématome, bilatéral, recouvrait la région sincipitale, s'étendant en même temps sur la plus grande partie des lobes frontaux et sur la portion antérieure des lobes occipitaux. A la partie postérieure des lobes frontaux ainsi que sur les lobes pariétaux jusqu'aux scissures de Sylvius, la lamelle la plus interne de l'hématome était soudée à l'arachnoïde. Plus en arrière, l'hématome formait un sac non adhérent au reste du lobe occipital. En dehors des limites des adhérences, l'arachnoïde frontale et occipitale offrait un épaississement membraneux très considérable.

De chaque côté de la scissure longitudinale, à une distance de 2 centimètres et demi de la ligne médiane, la surface du cerveau était considérablement déprimée sans modification de sa consistance ni de ses autres caractères.

2e *cas*. Homme de 72 ans. — En 1872, pour la première fois, il eut un sentiment de pression à l'occiput, et lorsqu'il penchait la tête en arrière, il lui semblait que le sang descendît dans le canal vertébral. Après trois mois de durée, ces troubles cessèrent jusqu'en 1887, où ils reparurent avec une intensité plus grande; en même temps survenaient des accès vertigineux et une démarche titubante; tous ces symptômes se reproduisaient par intervalles. A partir d'octobre 1890, les douleurs devinrent très vives et gagnèrent la région antérieure du crâne; en même temps le malade devenait irritable et nerveux.

Etat, le 19 décembre. Pupille gauche un peu plus grande ; l'une et l'autre réagissent bien. A gauche, cataracte avancée avec luxation en arrière du bord inférieur du cristallin (tremblottement de l'iris) ; à droite, cataracte commençante. La marche, possible seulement avec un soutien, est incertaine, chancelante et un peu ataxique. Force motrice des membres inférieurs diminuée surtout pour les extenseurs. Réflexes rotuliens exagérés des deux côtés. Absence des réflexes d'Achille, crémastériens et abdominaux. Sensibilité conservée uniquement pour les fortes excitations; affaiblissement considérable du sens musculaire et thermique. Pas de fièvre.

Les jours suivants, apathie absolue et tendance au sommeil. Percussion douloureuse du côté gauche du crâne, puis contraction spasmodique des membres qui cède par instants. Mort le 1er janvier 1891, avec une température de 39°.

Autopsie. A la face interne de la dure-mère, des deux côtés, vaste hématome, ayant à droite les dimensions de la paume de la main d'un adulte, à gauche celles de la main d'un grand enfant. Le sang épanché entre les néomembranes forme un caillot brun de date récente; pas trace d'anciennes hémorragies. Des deux côtés du sillon médian, dépressions profondes de la surface du cerveau, surtout au niveau des circonvolutions centrales. Dans l'hémisphère cérébelleux droit, vieux foyer de ramollissement rouge brun, de la grosseur d'un pois. Dans le tubercule quadrijumeau antérieur gauche, près de la ligne médiane et de la substance noire, petit épanchement

sanguin récent, étalé horizontalement et ayant un diamètre de 3 millimètres. Seules, les artères vertébrales sont un peu sclérosées. Cœur normal; dilatation sacciforme de l'aorte descendante. (*R. S. M.*, XII, 161.) J. B.

Pachymeningitis hemorrhagica interna, par HOYT (*Med. News*, *p.* 735, 7 *novembre* 1891).

La pachyméningite hémorragique interne chronique n'est pas une affection de la dure-mère : mieux vaudrait la dénommer hématome sous-dure-mérien. Sa condition première est la paralysie ou la perte du tonus vaso-moteur normal, associée à des modifications de structure dans les vaisseaux cérébraux, en particulier ceux de la pie-mère. Une hémorragie peut se produire dans la dure-mère, pour les mêmes causes, mais ses vaisseaux et sa structure rendent peu probable que ces hémorragies jouent un rôle dans la formation de l'hématome sous-dure-mérien. Ces hémorragies viennent primitivement de la pie-mère, s'ouvrent une voie sans difficulté à travers l'arachnoïde et s'épanchent dans l'espace sous-dure-mérien : le sang épanché s'organise, de nouveaux vaisseaux se forment et fournissent aux hémorragies ultérieures.

L'inflammation de la face interne de la dure-mère est secondaire et due à l'irritation produite par l'épanchement, et ne se montre que dans les points où des adhérences se sont formées. MAUBRAC.

Lesion of cervical enlargement, par P. NICHOLS (*Brid. med. j.*, *p.* 895, 24 *octobre* 1891).

Un soldat pique une tête dans une eau peu profonde et vient heurter le fond du sable. On le relève dans l'état suivant : pas de perte de connaissance, mais paralysie partielle des deux bras et des deux jambes, avec hyperesthésie des bras, respiration diaphragmatique, contraction des pupilles et suppression des réflexes. Le lendemain, le mouvement reparaît dans les jambes. Sensibilité vive au niveau des 7e et 8e vertèbres cervicales. La paralysie persiste aux membres supérieurs : il peut remuer les bras, mais incomplètement les avant-bras, et ne peut fléchir ni étendre les doigts de la main. L'hyperesthésie persiste, il s'y joint du priapisme et de la rétention d'urine. Tous ces symptômes finissent par disparaître, mais lentement, avec sensation d'engourdissement et de fourmillement des doigts.

L'auteur pense qu'il s'est fait une contusion, avec hémorragie probable, dans le renflement cervical de la moelle au niveau de l'origine des noyaux destinés à l'innervation des muscles extenseurs et fléchisseurs de la main (7e et 8e paires). H. R.

I. — Sur les rapports du tabes dorsalis avec la paralysie générale, par F. RAYMOND (*Soc. méd. des hopitaux*, 8 *avril* 1892).

II. — *Idem*, par **BALLET** (*Ibidem*, 22 *avril* 1892).

III. — *Idem*, par **RAYMOND** (*Ibidem*, 6 *mai* 1892).

IV. — *Idem*, par **JOFFROY** (*Ibidem*, 20 *mai* 1892).

V. — *Idem*, par **RENDU** (*Ibidem*, 10 *juin* 1892).

I. — Raymond donne d'abord en détail l'observation d'un homme de 46 ans, chez qui, à l'entrée à l'hôpital, il avait porté le diagnostic de sclérose combinée, s'appuyant : 1° sur les antécédents, douleurs fulgurantes depuis huit ans, mal perforant, diplopie, troubles de la miction, gêne de la marche, surtout la nuit; 2° sur l'état actuel, troubles de la locomotion des tabétiques,

réflexe rotulien aboli à gauche, à gauche légers soulèvements après la percussion, puis raideur spasmodique passagère du membre, perception des impressions ralenties, signe d'Argyll Robertson. — Sous l'influence de l'iodure de potassium l'état des membres inférieurs s'était amélioré, quand se manifestèrent des troubles du caractère et de l'intelligence, irritabilité, perte de la mémoire, délire ambitieux, mais incohérent, du tremblement des lèvres, des membres, des contractures passagères des bras. Le malade eut une série de crises apoplectiformes, puis finit par succomber à une crise d'excitation maniaque, survenue au cours d'un érysipèle développé autour d'un mal perforant plantaire : bref, présentant l'ensemble des symptômes de la paralysie générale.

L'examen des centres nerveux montra à l'œil nu : 1° l'atrophie des racines postérieures, dans toute l'étendue de la moelle; 2° la teinte gris rosée des cordons postérieurs, qui les envahit en totalité à partir de la région dorsale; 3° l'adhérence de la pie-mère au cerveau, qui ne se détache qu'en enlevant de nombreuses plaques de substance cérébrale; décortiquées, les circonvolutions paraissent amaigries, ulcérées.

L'examen histologique à un faible grossissement montre qu'à la région lombaire la sclérose occupe presque la totalité des cordons postérieurs, surtout dans le faisceau de Burdach, que dans le renflement central le maximum est dans les cordons de Goll, puis dans le faisceau de Burdach ; la sclérose remonte aussi dans le bulbe ; les faisceaux pyramidaux sont altérés dans toute la hauteur de la moelle, surtout à gauche; dans le bulbe, c'est à droite que le faisceau pyramidal entrecroisé est le plus atteint. A un fort grossissement on constate que la sclérose débute autour des vaisseaux autour desquels il existe une couronne de fibrilles névrogliques; les tubes nerveux ont beaucoup diminué de nombre; beaucoup sont normaux, d'autres sont réduits au cylindraxe; dans les endroits à sclérose ancienne, le tissu nerveux est tout à fait atrophié, les vaisseaux eux-mêmes ont disparu. Dans les cordons antéro-latéraux la sclérose, moins accentuée et diffuse, est surtout périvasculaire.

Dans l'encéphale ce qui frappe d'abord, ce sont les lésions des vaisseaux de l'écorce dont les parois sont très épaissies; les cellules pyramidales et les multipolaires semblent saines; les noyaux de la névroglie semblent très multipliés; la lésion est surtout marquée dans la région frontale, la circonvolution de Broca, les circonvolutions rolandiques. Les nerfs périphériques présentent une névrite parenchymateuse très avancée, surtout aux membres inférieures.

Donc sclérose diffuse de la moelle; sclérose systématisée des cordons postérieurs et des pyramidaux; encéphalite interstitielle diffuse; névrite périphérique.

Raymond conclut que non seulement le tabes dorsalis et la paralysie générale s'associent fréquemment, mais que ces deux maladies, dominées par une étiologie commune (syphilis et hérédité) rapprochées par les lésions qu'elles déterminent sur les mêmes systèmes organiques, doivent être considérées comme une seule et même maladie.

II. — Ballet combat la théorie uniciste de Raymond, il s'appuie : 1° sur la marche de la maladie, beaucoup plus longue pour le tabes que pour la paralysie; 2° sur ce fait que si fréquemment on voit des paralytiques présenter des phénomènes tabétiques (surtout des douleurs fulgurantes), il est très rare de voir des tabétiques verser dans la paralysie générale; 3° la lésion de l'encéphalite est avant tout périvasculaire; celle du tabes vrai péritubulaire. Dans le cas publié par Raymond il

s'agit non d'un vrai tabes, mais d'une sclérose diffuse, d'une jeune sclérose systématisée.

III. — Raymond réplique que la différence de durée entre ces deux maladies peut s'expliquer par la différence de siège, cerveau dans un cas, moelle dans l'autre ; que l'association de la paralysie au tabes est beaucoup moins rare qu'on ne le dit, et il apporte à l'appui l'observation d'un tabétique classique qui, dans les derniers temps de sa vie, présenta des signes ébauchés de paralysie générale. L'examen microscopique du cerveau était négatif; mais le microscope y montre des lésions vasculaires considérables dans l'écorce cérébrale, avec multiplication des noyaux de la névroglie et intégrité des cellules nerveuses; d'autre part la moelle présentait l'aspect macroscopique, et les lésions histologiques systématisées des tabétiques classiques. — Raymond croit que souvent les troubles cérébraux caractéristiques de la paralysie restent à l'état d'ébauche et passent inaperçus.

Au point de vue des lésions du tabes, il rappelle que souvent, quand le tabes est ancien, il existe à côté des altérations systématisées des cordons postérieurs des lésions diffuses, et notamment la participation du faisceau pyramidal. Il croit également que la lésion spéciale du tabes procède des racines nerveuses, qu'elle est péritubulaire, mais au bout d'un certain temps les autres éléments de la moelle, et notamment les vaisseaux, sont atteints dans des proportions très variables d'un cas à un autre. Il reconnaît d'ailleurs que les lésions vasculaires ne sont pas identiques dans les deux maladies; chez les tabétiques les vaisseaux sont épuisés, sclérosés; chez les paralytiques il y a multiplication considérable des noyaux de la tunique moyenne et de la gaine adventice, différences que peut expliquer la structure variable des vaisseaux de l'encéphale et de la moelle.

IV. — Joffroy regarde comme établi actuellement que les lésions de l'ataxie locomotrice sont des lésions systématisées, portant primitivement sur les éléments nobles, que c'est une maladie parenchymateuse. Pour la paralysie générale, il croit également que les lésions parenchymateuses des cellules sont très fréquentes sinon constantes; mais il admet l'individualité de chacune de ces deux maladies, l'une portant sur le système central sensitif de la moelle, et localisée nettement, l'autre frappant au hasard les systèmes moteurs, psychiques, sensitifs.

Il croit à la coïncidence assez fréquente des deux maladies ; il admet d'ailleurs qu'elles ont des symptômes communs : l'abolition du réflexe patellaire, la diplopie, le signe d'Argyll Robertson, les douleurs fulgurantes, etc., peuvent se rencontrer chez les paralytiques. Ce sont deux maladies parentes, mais non identiques; toutes deux, quand on étudie la famille neuropathologique, sont héréditaires; la syphilis n'agit, pour l'une comme pour l'autre, qu'en tant que cause opérant sur un terrain préparé anatomiquement. C'est ce qui explique les échecs du traitement antisyphilitique.

V. — Rendu rapporte les observations de deux malades qui ont présenté d'abord les symptômes du tabes, puis ceux de la paralysie générale, et chez qui il avait constaté l'alcoolisme dans un cas, la syphilis dans l'autre. Il conclut, après avoir discuté les notions connues d'étiologie et d'anatomo-pathologie :

1° Qu'il y a cliniquement identité de symptômes entre le tabes vrai, syphilitique ou non, et le tabes associé à la paralysie générale ;

2° Que les deux affections ont une étiologie identique, tant pour les causes déterminantes que pour les causes prédisposantes ;

3° Qu'au point de vue anatomo-pathologique les lésions se répartissent sur les divers éléments du système nerveux d'après un processus similaire, les intéressant simultanément, quoique à des degrés variables.

Il admet que le tabes et la paralysie ne sont qu'une même maladie avec localisation différente entraînant une marche spéciale et des allures cliniques différentes. H. LEROUX.

Un cas de paralysie alterne, par GOMBAULT (*Arch. de méd. exp., IV*, 2).

Une femme de 76 ans présente une paralysie des membres à droite sans anesthésie de la face à gauche avec participation du moteur externe correspondant et atrophie musculaire. Il y avait un œdème précoce des membres paralysés. On trouvait à l'autopsie un ramollissement occupant la moitié gauche de la protubérance, intéressant le faisceau pyramidal (y compris sa portion sensitive), les racines du facial et de l'abducens, enfin le pédoncule cérébelleux moyen. On notait encore la dégénérescence descendante du faisceau pyramidal, l'atrophie des noyaux de la 6e et 7e paires et la dégénération de leurs racines. La paralysie du facial a pris le type périphérique. L'œdème était sans doute d'ordre vaso-paralytique. GIRODE.

Ueber Combination von Paralysis agitans und Tabes dorsalis, par PLACZEK (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 14, *p.* 343, 4 *avril* 1892).

Homme de 52 ans ayant eu la syphilis. Il offre à la fois les symptômes de l'ataxie locomotrice et ceux de la paralysie agitante.

A la première maladie, appartiennent l'immobilité pupillaire réflexe, la chute des dents, l'impuissance génitale, les douleurs lancinantes, le symptôme de Romberg très accentué, l'incontinence d'urine, le symptôme de Westphal.

Mais il n'y a ni ataxie ni troubles de la sensibilité.

De la paralysie agitante dépendent le masque rigide de la face, l'attitude caractéristique du corps, le tremblement des membres, l'attitude des mains (plume à écrire), un certain degré de propulsion et de la tendance plus accusée à la rétropulsion.

Les phénomènes tabétiques ont débuté 3 ans avant ceux de la maladie de Parkinson.

Dans la littérature, il n'existait jusqu'ici qu'un cas douteux de cette association, dans la thèse de Heimann.

Dans la discussion, Lilienfeld ajoute qu'il y a déjà des années que ce malade a offert à plusieurs reprises de la diplopie. J. B.

Klinischer Beitrag zur Ætiologie der Tabes dorsalis (Contribution clinique à l'étiologie du tabes dorsalis), par S. GOLDFLAM (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, II, p.* 247, 1892).

Après avoir rappelé les cas dans lesquels on a vu les symptômes du tabes survenir au cours de syphilis médullaire caractérisée par de la méningite ou des altérations des vaisseaux de la moelle, et avoir admis l'influence considérable de la syphilis sur la production du tabes, l'auteur rappelle que Charcot a insisté avec juste raison sur la fréquence des antécédents nerveux héréditaires chez les individus atteints de tabes ;

il en rapporte lui-même deux exemples ; il pense donc que le tabes est d'origine syphilitique, mais se montre surtout chez les individus prédisposés par les antécédents nerveux héréditaires. PIERRE MARIE.

Hereditary spastic paraplegia, par H. TOOTH (*St-Barth. hosp. Rep., XXVII, p. XXVII, p.* 7).

Tooth rapporte quatre observations, prises dans deux familles, de paraplégie spasmodique héréditaire, offrant tout à fait les caractères de la sclérose des cordons latéraux de la moelle. Voici, en résumé, ces quatre observations.

1° Garçon de 29 ans. Développement, à l'âge de 15 ans, d'une faiblesse anormale des membres inférieurs ; spasmes cloniques de la jambe droite avec rigidité des deux membres. Plus tard, parole scandée, embarrassée, semblable à celle d'un homme ivre, avec tendance au bredouillement ; contracture plus accentuée au niveau des extenseurs des jambes ; exagération des réflexes tendineux ; absence de douleurs et de troubles sensitifs ; pas de troubles oculaires ni de phénomènes ataxiques ; légère incontinence d'urine.

2° William V..., frère du précédent, 24 ans. Début de l'affection à l'âge de 15 ans, à la suite d'un accident, par de l'embarras de parole. Un an plus tard, crampes, faiblesse et roideur des jambes, surtout de la jambe droite, sans affaiblissement de la colonne vertébrale. Accroissement progressif de la contracture, exagération du réflexe tendineux ; pied creux. Pas de douleurs, ni de troubles sensitifs, ni de phénomènes oculaires ou ataxiques ; pas d'incontinence d'urine.

3° Famille T.... Enfant de 12 ans, n'ayant pu ni parler ni marcher avant l'âge de 2 ans, sans convulsions infantiles. Début de l'affection à 9 ans 1/2 par une démarche traînante à laquelle succèdent des crampes spastiques. Rigidité marquée des extenseurs et des adducteurs des deux jambes ; exagération du réflexe tendineux. Parole lente, salivation involontaire, rire immodéré. Pied bot équin varus ; pas de douleurs ni d'ataxie ; léger affaiblissement des sphincters.

4° John T..., frère du précédent, 13 ans. Scarlatine à 2 ans 1/2. Otite et surdité depuis lors. Démarche traînante. Parole embarrassée depuis 6 ans. Légère rigidité des extenseurs de la jambe droite ; exagération du réflexe tendineux, quelques crampes cloniques. Genu valgum. Absence de douleur, d'ataxie ; léger affaiblissement des sphincters.

L'auteur fait remarquer qu'il ne peut être question ici d'une sclérose primitivement cérébrale ni d'une malformation encéphalique primitive ; il accepte l'hypothèse d'une sclérose primitive latérale de la moelle, comparable à la sclérose postérieure héréditaire de Friedreich. H. R.

Ueber die Localisation und das klinische Verhalten der Bauchreflexe (**Sur la localisation et les modalités cliniques des réflexes abdominaux**), **par M. DINKLER** (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk. p.* 324, 1892).

Chez les individus sains, si on fait porter une excitation sur l'épigastre, le mésogastre et l'hypochondre (ou même la partie de la cuisse qui fait partie de la région inguinale), on peut, de chaque côté de la ligne médiane, déterminer ordinairement 3 secousses réflexes distinctes : le réflexe abdominal supérieur, moyen, inférieur.

De ces trois réflexes le moyen et l'inférieur appartiennent au territoire des 10, 11 et 12[e] nerfs intercostaux et aux segments médullaires

correspondants ; le réflexe abdominal supérieur est localisé dans le territoire du 9ᵉ nerf intercostal, il est douteux que le 8ᵉ nerf intercostal y prenne part.

Dans leur trajet intramédullaire ces réflexes passent par la corne postérieure.

Au point de vue clinique ces réflexes présentent des altérations intéressantes à l'égard du diagnostic : dans les lésions transversales on les voit disparaître les uns ou les autres suivant que tel ou tel nerf intercostal ou le segment médullaire correspondant a été atteint. Dans les hémiplégies d'origine cérébrale les réflexes abdominaux manquent ordinairement du côté paralysé. PIERRE MARIE.

Die klinische Prüfung der Hautreflexe (Réflexes cutanés), par **GEIGEL** (*Deutsche med. Woch.*, *n° 8, p.* 166, 1892).

Quand on touche à l'aide du marteau spécial la peau de la face interne de la cuisse ou la région située au-dessous du ligament de Poupart, on voit, chez la femme, du côté où l'excitation s'est produite, les fibres du faisceau inférieur du muscle petit oblique ou oblique interne se contracter plus ou moins vivement.

Ce réflexe de l'oblique interne chez la femme doit être considéré comme l'équivalent de celui du crémaster chez l'homme, et d'ailleurs il est facile de voir chez celui-ci qu'au moment où le testicule est soulevé les fibres situées au-dessus de l'anneau inguinal se contractent.

Le *réflexe du petit oblique* (ou réflexe de l'aine) est très commun aux deux sexes ; il manque aussi rarement chez la femme que chez l'homme. Sur 100 sujets vieux l'auteur l'a constaté 87 fois nettement, 7 fois d'une façon douteuse ; 2 fois il n'existait que d'un seul côté, 4 fois il manquait absolument. L. GALLIARD.

Note toward the localisation of the knee jerk (Note relative à la localisation du réflexe tendineux), par **C. SHERRINGTON** (*Brit. med. j.*, *p.* 545, 12 *mars* 1892).

Le réflexe tendineux, qu'il soit direct ou réflexe, exige, pour s'accomplir, l'intégrité d'un arc réflexe. Le muscle qui en fait partie est le quadriceps fémoral, le nerf est le crural antérieur.

L'auteur a remarqué que le phénomène se produit aussi complètement quand le vaste interne est intact ainsi que les nerfs qui s'y rendent. Au contraire, vient-on à couper ces derniers filets nerveux, à l'exclusion de ceux qui animent les autres portions du triceps, le réflexe tendineux disparaît.

D'autre part, Tschiriew et Prévost ont montré que la section de la 6ᵉ paire des nerfs lombaires chez le lapin supprime le réflexe tendineux. Les expériences de l'auteur lui permettent d'affirmer que l'ablation des racines postérieures de la 5ᵉ paire lombaire produit ce résultat, alors que l'ablation des autres paires des nerfs laisse subsister le phénomène intact. Il s'agit donc d'un réflexe spécial exigeant pour se produire, l'intégrité du muscle droit interne fémoral, du nerf qui l'anime, et du centre spinal d'où il émerge. H. R.

Beiträge zur Pathologie der Nerven u. Muskeln. Neuritis diabetica u. ihre Beziehungen... (Sur la névrite diabétique et ses rapports avec la perte du réflexe rotulien), par H. EICHHORST (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol. CXXVII*, 1).

Dans deux observations de diabète, Eichhorst constata la perte du réflexe rotulien.

A l'autopsie les organes exhalaient une odeur de chloroforme. Dans l'un des cas, le pancréas avait subi une atrophie prononcée; la plus grande partie de l'organe se montrait privée de cellules glandulaires. Les reins et le foie étaient altérés. Le système nerveux central semblait normal.

Les lésions communes aux deux cas consistaient dans une névrite parenchymateuse des nerfs périphériques et en particulier de ceux du membre inférieur. Les altérations anatomiques du nerf crural et sciatique paraissaient être en rapport direct avec la perte du réflexe rotulien. ÉD. RETTERER.

Zur Pathologie der progressiven Muskelatrophie und verwandter Zustände, par A. LEWIN (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk, II, p.* 139, 1892).

Travail inspiré par Lichtheim et contenant 7 observations de paralysie juvénile de Erb ; c'est surtout cette forme d'atrophie musculaire progressive que l'auteur étudie au point de vue anatomo-pathologique. Il insiste sur la multiplication considérable des noyaux musculaires qu'il considère soit comme l'indice de la réaction du tissu musculaire vis-à-vis d'un agent morbide (toxine) contenu dans le sang, soit comme l'indice d'un trouble trophique inhibitoire de la nutrition des muscles. Il montre que dans certains points des groupes de noyaux se creusent une dépression au niveau d'une fibre musculaire et finissent par amener à ce niveau la disparition de cette fibre. Quant à l'augmentation du tissu conjonctif au niveau des muscles atteints, Lewin l'attribue à un processus purement passif. Il ne pense d'ailleurs pas qu'il soit possible de distinguer d'une façon certaine au point de vue microscopique les altérations musculaires des myopathies avec les altérations musculaires des différentes autres formes d'atrophie musculaire. PIERRE MARIE.

Ein Fall von Schreckneurose mit Gehörsanomalien (Névrose par frayeur avec anomalies de l'audition), par C. S. FREUND et R. KAYSER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 31, *p.* 949, 1891).

Un employé de chemin de fer, âgé de 45 ans, voit la foudre tomber à côté de lui, à sa gauche, entend immédiatement le coup de tonnerre et perçoit une odeur de soufre. Il ne perd pas connaissance mais demeure immobile, frappé de stupeur, pendant cinq minutes; puis il fait lentement quatre cents pas pour rentrer à la maison. On ne constate ni sur la peau ni sur les habits de trace de brûlure.

Il éprouve des fourmillements dans les membres, il a du tremblement de tout le corps, il bégaie, l'ouïe est affaiblie. Pendant huit jours il peut encore faire son service, puis il s'arrête.

Six semaines après l'accident, anesthésie et analgésie de toute la surface cutanée à l'exception de quelques îlots de peu d'importance. Diminution de la sensibilité faradique.

Rétrécissement du champ visuel, surtout à gauche; surdité incomplète à droite, complète à gauche. Perte de l'odorat et du goût, abolition du réflexe cornéen, conservation du réflexe pharyngien.

L'application d'un aimant fait disparaître momentanément l'analgésie. Même résultat par la faradisation qui améliore aussi la vue et l'ouïe.

Au cours de l'observation, on note que le malade, chaque fois qu'il ferme les yeux, entend un bruit spécial à gauche; en effet ce bruit peut être perçu par l'observateur qui ausculte l'oreille gauche, de plus on voit le manche du marteau se rétracter. Aussi les auteurs attribuent-ils ce bruit à la contraction du muscle interne du marteau qui coïncide avec celle de l'orbiculaire des paupières.

Il ne s'agit pas, dans ce cas, des accidents nerveux de la fulguration; on ne peut admettre la névrose traumatique ni l'hystérie vulgaire. Les auteurs formulent l'hypothèse d'une névrose due à la frayeur avec désordres sensitivo-sensoriels d'un nouveau genre. L. GALLIARD.

Sur un cas d'hystérie atypique, avec troubles particuliers de la sensibilité, par BLOCQ et SOLLIER (*Progrès médical*, 30 *avril* 1891 *ou* 1892).

G..., âgé de 16 ans, a présenté à 11 ans, après une petite opération, une hyperesthésie du pied gauche, existant uniquement au contact, qui disparut soudain au bout de quelques semaines. Depuis juillet 1891, il a éprouvé des crises de tremblement généralisé, mélangé avec des crises ou sans trembler extérieurement il éprouve une sensation de tremblement intense, avec spasme laryngé intermittent. En septembre, l'état général devient mauvais : amaigrissement, inappétence, insomnie, etc. Ce malade ne peut marcher tout seul, toutes les deux ou trois minutes, spasme laryngé. Le malade n'accuse aucune douleur spontanée, pas d'anesthésie, ni d'analgésie, mais perversion spéciale de la sensibilité, consistant en ce que le contact superficiel soit des doigts, soit des vêtements donne une sensation très énervante. Cette sensation existe sur tout le corps, sauf le tronc. Le malade est soumis à l'isolement, avec hydrothérapie, et électricité statique. Guérison complète en quatre semaines. H. L.

Étude clinique sur l'athétose double, par MICHAILOWSKI (*Thèse de Paris*, 1892).

L'athétose double est une affection habituellement primitive, caractérisée par des mouvements involontaires spéciaux, généralisés à presque tout le corps, mais affectant plus particulièrement les extrémités des deux membres supérieurs et la face. Elle apparaît le plus souvent chez les imbéciles, et, dans ce cas, elle est congénitale ou remonte à la première enfance; beaucoup plus rarement elle débute dans l'âge adulte.

L'auteur signale le début habituellement lent, progressif, insidieux de l'athétose et donne une description très détaillée des mouvements de la face, qui sont en général bilatéraux et portent surtout sur les muscles de la moitié inférieure. Aux membres supérieurs les mains sont toujours atteintes et peuvent l'être seules; presque toujours il y a prédominance d'un côté. Les mouvements ont le caractère de ceux de l'athétose classique avec intensité variable, rapidité variable, arythmie et rigidité spasmodique. Les membres inférieurs sont touchés dans les 9/10 des cas. La tête oscille sur le tronc, qui est quelquefois touché et très souvent déformé et dévié. La démarche est souvent typique, « comme des canes. »

L'auteur, après avoir passé en revue les troubles fonctionnels, intellectuels, sensitifs, montre la chronicité de l'affection avec tendance à la contracture et aux déformations articulaires. Il donne un diagnostic très approfondi avec les affections voisines, chorée de Sydenham, chorée

chronique, tics convulsifs, etc., et surtout avec les mouvements athétoïdes de l'ataxie locomotrice, de la paralysie infantile, des névrites périphériques, de l'hystérie; ces mouvements ne sont pas identiques dans leur forme, leur localisation, leur extension plus ou moins grande, leur uni- ou bilatéralité; de plus, derrière ces mouvements existent les signes des affections qu'ils viennent compliquer, une réserve est à faire toutefois pour les cas de combinaison neuro-pathologique, surtout pour l'hystérie.

Au point de vue étiologique, il y a souvent hérédité de transformation; quant à l'anatomie pathologique de cette affection, elle est fort mal connue; les lésions sont nulles, variables ou banales; c'est une affection probablement cérébrale, on ne peut rien dire de plus. H. L.

Contribution à l'étude de la chorée chronique héréditaire, par JUVAUX (*Thèse de Paris*, 1892).

Ce travail contient une observation originale très bien étudiée de chorée héréditaire.

Le malade, âgé de 48 ans, avait été atteint dès l'âge de 29 ans et présentait une incoordination généralisée surtout à droite, avec affaiblissement de la mémoire; dans ses antécédents, il existait une mère et une grand'mère maternelle choréiques, un oncle maternel choréique; dans ses collatéraux, 3 frères choréiques, dont 2 morts à 24 et 30 ans, une sœur morte choréique à 34 ans, deux autres frère et sœur indemnes.

Juvaux admet que la chorée de Huntington est une maladie autonome qui mérite une place à part dans le groupe des chorées arythmiques, le seul facteur étiologique certain étant l'hérédité nerveuse similaire.

H. L.

Du cœur dans la chorée de Sydenham, par MARTY (*Thèse de Paris*, 1892).

Les troubles cardiaques peuvent être rapportés à quatre causes différentes qui sont: le rhumatisme, l'anémie, la chorée elle-même et l'infection microbienne de l'endocarde. La proportion entre les choréiques simples et les choréiques atteints d'affections cardiaques est impossible à établir; les statistiques varient de 6 à 66 sur 100 malades. Le diagnostic est souvent très difficile à établir, et on ne peut souvent déterminer si le souffle est organique ou non que par l'évolution ultérieure de la maladie; force est, dans les cas douteux, de réserver le pronostic. H. L.

The kindred of chorea... (Des relations pathologiques de la chorée), par Octavius STURGES (*The Americ. j. of the med. sc., p.* 578, 1891).

L'endocardite peut survenir au cours même de la chorée. Son apparition récente, sans lésion accusée du cœur, et sans que se soit montré aucun signe de rhumatisme, démontre que la chorée seule peut la provoquer. Sa présence n'est pas constante et, dans nombre cas de morts par chorée, on n'a pu la déceler.

L'endocardite choréique se distingue cliniquement et anatomiquement de l'endocardite rhumatismale. Cliniquement, elle ne donne aucun signe physique ou général; souvent elle ne s'accompagne pas de rhumatisme, et on ne la découvre qu'à l'autopsie. Anatomiquement, c'est une lésion de date récente, elle siège sur la mitrale et ne détermine aucune modi-

fication ultérieure du cœur, ce qui est tout différent chez les enfants rhumatisants qui sont ou qui ont été choréiques. Chez eux, les signes physiques observés pendant la vie répondent aux lésions que l'on retrouve au niveau des valvules ou dans les cavités, et que l'on doit attribuer au rhumatisme et non à la chorée.

C'est à tort que l'on décrit l'endocardite choréique comme une manifestation du rhumatisme. La chorée et le rhumatisme peuvent l'une et l'autre entraîner une endocardite, mais une endocardite différente. Ces deux affections sont d'une même famille, mais il ne s'en suit pas que l'une soit une des formes de l'autre. Cette relation est des plus manifestes dans la chorée du très jeune âge, qui s'associe si fréquemment avec le rhumatisme polyarticulaire chez le même sujet et simultanément. Mais, peu à peu, cette association devient plus rare avec l'âge et, à la puberté, elle a complètement cessé.

La chorée et le rhumatisme sont probablement les membres d'une famille pathologique qui a comme lien commun l'arthritisme, et dont l'origine réelle est encore à chercher. F. VERCHÈRE.

Notes on the common hœmic cardiac murmurs (Sur les souffles vasculaires cardiaques), par Archibald GARROD (*St-Barth. hosp. Rep.*, *XXVII*, *p.* 33).

L'auteur a surtout en vue le souffle systolique des anémiques, que l'on entend à la base du cœur. Son siège précis est le second espace intercostal gauche, le long du bord du sternum. Chez certains sujets, on constate même en ce point des pulsations rythmées qui ont été attribuées soit à la dilatation de l'appendice auriculaire gauche (Balfour), soit à la dilatation de l'artère pulmonaire. Le souffle est ordinairement doux; il peut cependant être fort et rude, au point de s'entendre en arrière de la poitrine et de simuler un bruit organique; l'auteur en rapporte des exemples. Sur 20 cas, il l'a entendu 10 fois, au niveau des 3e, 4e et 5e vertèbres dorsales. Il est toujours diminué par la position verticale, et accru par la position horizontale. L'exercice l'augmente; les grandes inspirations, au contraire les diminuent. Il n'y a aucune corrélation entre l'intensité du bruit et le degré de la chlorose ou de la dilatation du cœur, non plus qu'avec la tension artérielle. H. R.

Erkrankungen der Gallenwege und ulceröser Endocarditis (Maladies des voies biliaires et endocardite ulcéreuse), par LEVA (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 11, *p.* 228, 1892).

L'endocardite ulcéreuse consécutive aux lésions des voies biliaires a été magistralement décrite dans un cas de Netter et Martha (*R. S. M.*, XXIX, 512). Voici deux observations qui se rapprochent de ce cas, bien que les voies biliaires n'aient présenté ni irritation appréciable ni ulcération; elles étaient seulement dilatées par les calculs.

1° Femme de 51 ans, ayant eu dix enfants, souffrant depuis deux ans de coliques hépatiques avec fièvre. Elle a le cœur extrêmement faible, des frissons, une fièvre vive, pas d'ictère. Au bout de quelques jours, on constate un épanchement pleurétique à droite, puis une pneumonie. A la fin, souffle systolique à la pointe du cœur; claquement exagéré du second bruit au niveau des orifices du cœur droit; gonflement de la rate, albuminurie, pétéchies. On admet une endocardite ulcéreuse.

Le péricarde contient une grande quantité de sérosité. Le ventricule droit renferme des caillots récents. Sur la valve postérieure de la tricuspide, on trouve un caillot décoloré gros comme une noix. A la valve antérieure adhèrent des dépôts blanchâtres, résistants. Dans le ventricule gauche, on ne trouve rien. Le bord de la mitrale offre des dépôts fibrineux minuscules et un très léger épaississement. Plusieurs foyers d'infarctus pulmonaires. Rate grosse. Néphrite parenchymateuse. Le canal cholédoque présente deux calculs ; il est considérablement dilaté.

2° Femme de 44 ans, souffrant de gastralgie depuis deux années, On constate des signes de rétrécissement mitral; il y a de la douleur et une rénitence anormale au niveau de la vésicule. Ganglions sus-claviculaires et inguinaux tuméfiés. Pas d'ictère. Râles de bronchite.

A l'autopsie, méningite suppurée de la convexité, foyer hémorragique du noyau lenticulaire à droite. L'orifice mitral est rétréci, l'oreillette droite très dilatée avec épaississement de l'endocarde. Les deux valves de la mitrale sont en partie soudées l'une à l'autre ; les cordages tendineux sont épaissis. Dépôt blanchâtre sur la valve postérieure ; sur l'autre, caillot rougeâtre, adhérent. Néphrite interstitielle bilatérale. On trouve des calculs dans les canaux cholédoque et cystique, qui sont dilatés. Un abcès existe dans le pancréas.

Dans ce cas, l'endocardite aiguë est venue s'ajouter aux lésions de l'endocardite chronique. L. GALLIARD.

Tachycardie d'origine pneumonique ou grippale dans les affections cardio-artérielles, par MERKLEN (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 *mai* 1892).

Merklen rapporte 3 observations de malades âgés de 54 à 65 ans, atteints d'artério-sclérose, avec lésions des valvules ou du muscle cardiaque, chez qui il a observé des crises de tachycardie ; chez l'un la crise se manifesta 12 heures après le début d'une pneumonie de la base, et dura jusqu'à la mort survenue au 10e jour de la maladie, le pouls oscillant entre 160 et 200 p. ; chez le second, à la défervescence de la fièvre liée à une pneumonie abortive qui dura 3 jours, parut une crise de tachycardie qui dura trois jours et demi ; 160 p. ; la transition brusque de 80 à 160, puis retour à 80 p. au début comme à la fin, se fit sans que le malade s'en aperçût. Chez le troisième, il s'agissait d'une pneumonie datant de 8 jours ; le pouls était à 180 p. avec rythme fœtal, dyspnée intense et dilatation du cœur ; deux jours après, la fièvre disparaissait et le pouls tombait à 120 ; c'était le pouls normal de la malade. H. L.

L'auscultation rétro-sternale dans les maladies cardio-aortiques, par BOYTESSIER (*Marseille médical, n°* 10, *p.* 303, 1892).

L'auscultation de l'aorte entre les insertions inférieures des sterno-mastoïdiens (rétro-sternale), appliquée à l'homme sain, ne donne pas de résultats appréciables. Quand la disposition des parties la rend possible, elle donne dans les affections cardio-aortiques des résultats plus nets que l'auscultation présternale. L'application de l'instrument ne détermine pas de compression des vaisseaux et par conséquent ne provoque pas de bruits artificiels. Si l'on a soin de maintenir le stéthoscope parallèlement à l'axe du corps, on ne détermine aucune compression de la trachée, et l'instrument peut pénétrer de un à deux centimètres derrière le sternum sans être insupportable au malade. LEFLAIVE.

Myocardite primitive suppurée du septum. Quelques mots sur la pyohémie dite spontanée, par CÉNAS (*Loire méd.*, 15 *mai* 1892).

Jeune homme de 18 ans, présentant des accidents typhoïdes depuis 10 jours. A l'entrée à l'hôpital, stupeur, dyspnée, galop du cœur droit, pouls dicrote, fièvre. Quatre jours plus tard, intensité plus grande de ces accidents et début d'une induration douloureuse des veines crurales et des veines internes des deux bras avec apparition de plusieurs phlegmons diffus sur les membres supérieurs. Articulations intactes; mort rapide. L'autopsie a montré qu'il existait un abcès siégeant dans la cloison interventriculaire et ouvert dans les cavités ventriculaires. Les veines iliaques primitives renfermaient un caillot suppuré.

En l'absence de toute affection infectieuse, pouvant être regardée comme l'origine de cette myocardite, l'auteur admet que ce fait est un exemple de myocardite suppurée primitive. OZENNE.

Die Angina pectoris nervosa (De la fausse angine de poitrine chez l'homme), par PEYER (*Wiener med. Presse*, 19 *juin* 1892).

Examinant tout particulièrement les relations de l'angine de poitrine hystérique avec la neurasthénie sexuelle chez l'homme, Peyer rapporte onze observations d'hommes atteints de spermatorrhée, de pollutions diurnes, d'habitudes de masturbation, de blennorragie, de blennorrhée, d'impuissance et chez lesquels se produisent de fréquentes crises. Ces accès de pseudo-angine de poitrine ont souvent un caractère périodique, même journalier et à heure fixe; ils sont beaucoup plus longs mais moins intenses que ceux de l'angine de poitrine vraie ; ils sont fréquemment compliqués d'autres symptômes nerveux, d'irritabilité psychique, d'anomalies dans la sphère sexuelle. Ces accès de fausse angine de poitrine peuvent guérir complètement lorsque la cause qui les a engendrés, disparaît elle-même (observation IX : blennorrhagie guérie, disparition des accès). CART.

Ruptur einer Aortenklappe... (Rupture d'une valvule aortique à la suite d'un effort), par L. TRETZEL (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 44, *p.* 1073, 26 *octobre* 1891).

Il s'agit d'un cas d'insuffisance aortique, d'origine traumatique.

Homme de 41 ans, ni alcoolique ni syphilitique, et dont le cœur n'offrait rien d'anormal, lorsqu'un jour, en poussant, par le timon, un char lourdement chargé, il ressentit brusquement un coup douloureux dans la poitrine. Immédiatement après, perception à distance d'un bruit régulier rappelant le ronron du chat, provenant du côté gauche du thorax et empêchant le sommeil.

Légère augmentation de fréquence de la respiration et du pouls (90). Déjà à la distance de 3 mètres du malade, on entend un bruit métallique, rythmé, correspondant à la diastole cardiaque. Pas de voussure précordiale. Frémissement cataire. Pulsations énergiques de l'épigastre et des artères périphériques. Pointe du cœur visible dans le 5e espace intercostal, sur le trajet de la ligne mamelonnaire. A l'auscultation, souffle diastolique, à timbre musical, ayant son maximum vers le centre du sternum; premier bruit cardiaque net; pas de bronchite.

Tretzel resta plus de deux ans sans revoir le malade qui, contrairement à ses prescriptions, ne s'était nullement ménagé dans l'intervalle. Il le trouva alors dans l'état suivant : Gêne respiratoire considérable, pouls fréquent,

irrégulier ; œdème des pieds ; forte voussure précordiale ; pointe battant dans le 6e espace intercostal et soulevant fortement la paroi jusque dans la ligne axillaire antérieure; accroissement en tout sens de la matité cardiaque. Le souffle diastolique n'est plus perçu à distance du thorax ; il a gardé son timbre musical ; premier bruit cardiaque un peu étouffé. Signe de Duroziez dans l'artère crurale. Râles aux bases des deux poumons. Pas d'albuminurie ni d'ascite. Mort brusque un mois plus tard, c'est-à-dire 26 mois après le début des accidents.

A l'ouverture du thorax : péricarde lisse, nulle part adhérent et contenant une cuillerée à café de sérosité citrine. Augmentation énorme du volume du cœur, portant surtout sur le ventricule gauche ; il y a à la fois dilatation des cavités et hypertrophie de leurs parois ; myocarde pâle, un peu friable. Dilatation de la portion initiale de l'aorte. La partie antérieure de la valvule aortique droite est arrachée de ses insertions et pend flottante ; le bord libre de la portion déchirée est légèrement épaissi et un peu concave. Au niveau des insertions rompues, la tunique interne de l'aorte offre une cicatrice tendineuse, lisse, légèrement saillante, d'un centimètre de long sur deux ou trois millimètres de large. Le reste de la valvule droite est normal, de même que toutes les autres valvules. Aucune trace d'athérome ni d'endocardite. Poumons normaux, sauf l'hypostase des lobes inférieurs (*R. S. M.*, IV, 152 XII, 541 ; XIX, 560 et 561). J. B.

Rupture spontanée de l'aorte abdominale, par MUSELIER (*Gaz. méd. Paris*, 28 *mai* 1892).

X..., 55 ans, atteinte depuis une douzaine de jours de dyspnée et de crises fréquentes de suffocation, dont l'une détermine subitement la mort. L'autopsie montre les lésions suivantes : Cœur volumineux, athérome de la crosse aortique. Dans la cavité abdominale énorme caillot sanguin, pesant 1,200 grammes, en arrière du péritoine et athérome de l'aorte abdominale qui présente une solution de continuité ovalaire de un centimètre de longueur à 2 1/2 de sa bifurcation. OZENNE.

Rupture de l'aorte ascendante. Anévrisme disséquant. Ouverture dans le péricarde. Hémiplégie transitoire, par PÉPIN (*Journ. méd. Bordeaux*, 1er *mai* 1892).

G..., 74 ans, alcoolique. Quelque temps après une violente contusion de la hanche, attaque apoplectiforme de dix minutes de durée et hémiplégie droite qui ne persiste qu'une demi-heure. Mort trente-six heures plus tard.

A l'autopsie, on trouve le péricarde rempli de sang noir et de caillots et une poche anévrismale située sur l'aorte ascendante et siège d'une perforation. OZENNE.

Remarks on tracheal tugging... (Remarques sur l'élongation de la trachée et sa valeur clinique), par William EWART (*Brit. med. journ., p.* 596, 19 *mars* 1892).

L'auteur étudie la méthode d'Oliver, relative à l'élongation (par traction) de la trachée et sa valeur clinique (Voy. *R. S. M.*, XXXVIII, 555).

Les recherches ont porté sur 60 hommes et 57 femmes. Dans 28 0/0 des femmes et 50 0/0 des hommes, un certain degré de tiraillement trachéal a été constaté, ce qui prouve que ce signe n'a rien de pathognomonique; mais il très faible, beaucoup moins accentué que dans les cas d'anévrisme. L'intensité de l'impulsion cardiaque et l'étendue de l'inspiration thoracique favorisent la production de ce signe. Il est toujours

très marqué dans les anévrismes de l'aorte; pourtant, l'auteur cite un cas où il faisait défaut. Ewart pense que l'analyse de ces faits conduira à une précision plus grande dans le siège des anévrismes de l'aorte.

H. R.

Anœmia as a cause of permanent heart lesion, par H. HANDFORD (*Brit. med. j.*, *p.* 853, 23 *avril* 1892).

Handford pense que l'anémie prolongée conduit à la dilatation permanente du ventricule et, consécutivement, à l'hypertrophie compensatrice du cœur. Pour lui, la plupart des anémiques présentent de la dilatation du cœur, spécialement du cœur droit; il l'attribue à l'augmentation de la pression sanguine périphérique et à la diminution de résistance du cœur; il croit même que souvent cette dilatation va jusqu'à l'insuffisance mitrale fonctionnelle, sans lésion valvulaire. A l'appui de ces assertions l'auteur cite le fait d'une vigoureuse paysanne qui, sans rhumatisme antérieur ni maladies infectieuses, devint anémique et présente un souffle mitral puissant après que les accidents anémiques ont disparu. Cette observation n'est peut-être pas suffisante pour imposer la conviction.

H. R.

Ueber Pneumonomycosis (Muguet pulmonaire), par FREYHAN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 51, *p.* 1192, 14 *décembre* 1891).

Homme de 22 ans, parfaitement portant jusqu'il y a huit jours où il fut pris de courbature, de douleurs dans la tête et dans les membres, d'inappétence et de troubles digestifs. Dans les premiers jours, ce furent les symptômes généraux qui dominèrent; plus tard la déglutition devint douloureuse et apparurent des points thoraciques à gauche, de la toux et une légère expectoration.

Etat présent (8 septembre) : température 38°,9. Rien autre à l'examen de la poitrine que quelques râles humides dans les parties déclives. Crachats rares et muqueux. Respiration légèrement accélérée. Le 12, faible épanchement pleural gauche; la ponction exploratrice révèle la nature hémorragique du liquide. L'expectoration plus abondante est devenue sanguinolente, sans contenir ni bacilles tuberculeux, ni pneumocoques ; le microscope n'y révèle que des hématies, des globules de pus et des corpuscules muqueux. Accroissement lent de l'épanchement et de la dyspnée. Le 18, thoracentèse donnant issue à un demi litre d'un liquide hémorragique. L'opération diminue un peu la gêne respiratoire; la fièvre, les points de côté, l'expectoration ne sont nullement modifiés. Pneumonie du lobe inférieur gauche. Le 21, les crachats, toujours sanguinolents, ont pour la première fois, l'*odeur de levure* fraîche; ils contiennent de nombreux grumeaux formés presque exclusivement par le champignon du muguet. Intégrité toujours parfaite de la muqueuse bucco-pharyngée. Malgré des désinfections énergiques de la bouche, la nature cryptogamique de l'expectoration ne varie pas durant plusieurs semaines, ce qui prouve son origine intra-thoracique. Les grumeaux ont la forme et les dimensions de grains de mil et de sagou, leur couleur varie du blanc gris au verdâtre, leur consistance est molle, pultacée. Le microscope les montre composés, pour une petite partie, de globules de pus, de détritus graisseux et d'épithélium, tandis que leur masse principale est constituée par une intrication de filaments articulés, à double contour et de différentes grosseurs ; à l'intérieur de ces mycéliums cloisonnés, on distingue de nombreuses granulations; de distance en distance, on aperçoit les étranglements caractéristiques du muguet. Dans les mailles, se trouvent de nombreux groupes de

conidies, brillantes, réfringentes, arrondies ou ovales. Des grumeaux, beaucoup plus rares, ne se distinguant pas à l'œil nu des précédents, renferment, à côté d'aiguilles d'acides gras, les bâtonnets que Leyden et Jaffe ont rapportés au leptothrix.

Ultérieurement, le poumon droit fut envahi et devint, comme le gauche, le siège d'une pleuro-pneumonie. L'état général était très mauvais, la fièvre intense et irrégulière. Durant trois semaines, les crachats conservèrent leur odeur de levure et les grumeaux de cryptogames, mais leur coloration hémorragique disparut graduellement. A partir du 8 octobre, la quantité de l'expectoration s'amoindrit et les grumeaux ne furent plus quotidiens en même temps qu'ils devenaient plus rares; la fièvre baissait graduellement et le poumon gauche revenait à l'état normal. A partir du 18, il n'y eut plus de fièvre ; du côté gauche de la poitrine, on ne percevait que des gros râles, tandis que le lobe inférieur était encore hépatisé.

Enfin, au milieu de novembre, la guérison était parfaite.

Il n'existe qu'une observation antérieure, analogue, c'est celle de Rosenstein (*Berlin. klin. Wochens.* 1867) concernant une jeune fille atteinte de bronchite putride et qui guérit après avoir expectoré d'abondants champignons de muguet. J. B.

Hydropneumothorax. Pyopneumothorax tuberculeux. Empyème spontané entraînant une tuberculose généralisée. Accidents méningés. Mort, par CHARRIER (*Revue de médecine, février* 1892).

Il s'agit d'une homme de 32 ans, entré dans le service de Dieulafoy en 1889, après avoir éprouvé, quelques jours auparavant, tous les signes d'un pneumothorax gauche à début brusque. Au moment de son entrée, la température était de 39°,8 et la douleur de côté persistait, bien que très amoindrie. Le diagnostic porté fut hydropneumothorax gauche chez un tuberculeux au premier degré. L'examen au manomètre permit de s'assurer qu'il s'agissait d'un pneumothorax fermé. Une ponction capillaire donna issue à un liquide clair, transparent, ne contenant pas de bacilles et qui ayant servi à des ensemencements sur agar-agar et sur gélatine, ne donna aucune culture. Sous l'influence de l'huile de foie de morue à haute dose (200 grammes par jour) le malade engraissa de 11 kilogrammes en trois mois. Le liquide ayant augmenté de quantité (2,000 grammes environ), Dieulafoy résolut de faire tous les huit jours une petite ponction de 60 à 100 grammes, et de remplacer cette quantité de liquide par une quantité un peu moindre de solution de sublimé au trois millièmes. Le malade supporta bien les injections ou du moins il n'eut que quelques accidents légers de mercurialisme buccal. Bientôt les ponctions furent répétées tous les deux jours, mais chacune d'elle ne donna issue qu'à une petite quantité de liquide de peur que le pneumothorax ne se reproduisît en enlevant une trop grande quantité de liquide à la fois.

Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, le malade fut pris d'inappétence, d'accès fébriles et enfin un abcès de la paroi se produisit qui donna issue à environ un litre et demi de pus.

Les jours suivants on pratiqua l'empyème; 15 à 1,800 grammes environ de pus furent évacués, mais néanmoins le malade n'éprouva aucune amélioration de cette soustraction de liquide. La fièvre resta très élevée et l'appétit nul. Bientôt le malade accusa une céphalée intense qui devait quelques jours plus tard s'accompagner d'une légère hémiplégie gauche transitoire, d'hallucination, de déviation conjuguée de la tête et des yeux, de photophobie, de décubitus latéral en chien de fusil. Bref, on vit évoluer une méningite à laquelle il succomba au bout d'une semaine.

Charrier se demande si l'établissement de la fistule qui a amené l'is-

sue du pus à l'intérieur, n'a pas fourni l'éclosion de la tuberculose méningée en ouvrant aux bacilles de nombreuses voies d'absorption sanguine. C. GIRAUDEAU.

Du pyopneumothorax sous-phrénique, par S. RAMADAN (*Thèse de Paris*, 1891).

Il peut se produire à la partie supérieure de la cavité péritonéale une variété d'abcès contenant des gaz et du pus, donnant lieu à tous les signes d'un pyopneumothorax inférieur : matité en bas, sonorité exagérée tympanique au-dessus, absence de vibrations vocales, et même tintement métallique et souffle amphorique. Cette lésion, à peu près toujours consécutive à une perforation stomacale (ulcère, cancer) ou intestinale, est relativement rare ; l'auteur a rassemblé 21 observations. Sous son influence, le diaphragme peut s'ulcérer et le pus peut se frayer une voie vers l'extérieur à travers le poumon.

L'absence relative de symptômes pulmonaires, l'existence d'un passé pathologique intéressant le tube gastro-intestinal mettront sur la voie du diagnostic, auquel aidera la localisation des signes physiques.

L'évolution spontanée a toujours été terminée par la mort. La guérison a été observée après incision du foyer suivie d'irrigations antiseptiques. LEFLAIVE.

Contribution à l'étude des broncho-pneumonies infectieuses d'origine intestinale, par RENARD (*Thèse de Paris*, 1892).

Les recherches de l'auteur ont porté sur 26 cas de broncho-pneumonie avec diarrhée infectieuse, observés à l'hôpital Trousseau. Il a pratiqué, d'une part, l'ensemencement des selles diarrhéiques; d'autre part, l'ensemencement du suc pulmonaire retiré par une ponction intrapulmonaire antiseptique sur l'enfant vivant. Dans 16 cas, il y avait une seule espèce microbienne (pneumocoque, 8; staphylocoque, 3; bacterium coli commune, 3; bacille encapsulé, 2); dans 5 cas, il y avait plusieurs espèces associées; dans 5, enfin, les cultures ont été stériles. Sur 21 cultures fertiles, il a trouvé 12 fois le pneumocoque, 7 fois le staphylocoque, 4 fois le bacterium coli commune. Dans les selles, il a toujours trouvé le bacterium coli commune, le plus souvent associé à différentes espèces, mais toujours prédominant. Il conclut que dans la majorité des cas, les broncho-pneumonies, survenant dans le cours des diarrhées infectieuses de l'enfance, sont des broncho-pneumonies secondaires ; que les broncho-pneumonies, produites par l'agent pathogène, le colibacille, sont rares. Renard a pratiqué sur des cobayes des inoculations intratrachéales de cultures de colibacille qui lui ont donné des résultats positifs. L'infection des enfants se fait par les microbes contenus dans la cavité bucco-pharyngée, microbes apportés soit par l'air (staphylocoques dans l'air des salles de Trousseau, colibacille dans les salles des Enfants-Assistés), soit par les aliments et surtout le lait. H. L.

De la mortalité de la pleurésie et de l'emploi de la thoracentèse dans cette maladie, par CATRIN (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 *juin* 1892).

En trois années Catrin a soigné 83 pleurésies, dont 75 séreuses, 8 purulentes; il a eu en tout 3 décès, 1 par pleurésie séreuse, 2 par pleu-

résie purulente. Sur ces 8 empyèmes, 6 opérés ont guéri, 2 non opérés sont morts. En outre des 75 pleurésies avec épanchements, il a soigné 20 pleurésies sèches. Sur ces 75 pleurésies séreuses, 40 ont été soignées par des procédés médicaux variés, 35 ont en outre été ponctionnées, et ont nécessité 59 ponctions dont 16 d'urgence. En outre il a fait 169 ponctions avec la seringue de Straus, soit en tout 228 ponctions, dont aucune n'a amené la suppuration. Le plus souvent il enlève un litre. Si le pronostic immédiat est bénin, le pronostic ultérieur doit être réservé. Catrin a vu plus tard mourir de la tuberculose des hommes très robustes qui avaient eu antérieurement des pleurésies. H. L.

On the prognosis of simple gastric ulcer, par S. H. HABERSHON (*St-Barth. hosp. Rep., XXVII, p.* 149).

Les conclusions du mémoire d'Habershon, sur le pronostic de l'ulcère simple de l'estomac, sont les suivantes:

Le jeune âge, une constitution affaiblie, ou inversement la vieillesse accroissent la gravité de la maladie: les dangers de la perforation de l'estomac sont à leur maximum chez les jeunes femmes de 20 à 30 ans. Par contre, les chances de récidive et de dilatation gastrique persistante aboutissant à la mort lente, sont plus communes chez les hommes. A tenir grand compte également des tempéraments individuels: les personnes calmes et phlegmatiques sont plus aptes à guérir que les gens nerveux. Une seconde attaque est plus grave que la première: mais, en pratique, le pronostic est fort difficile à indiquer, même approximativement. H. R.

Étude sur la digestion gastrique normale, par A. MORA (*Thèse de Paris,* 1892)

Une digestion est nettement caractérisée par les rapport $\frac{C}{T}$ et α représentant, le premier, le rendement du travail stomacal, le second, la qualité des produits fabriqués.

Une digestion gastrique est bonne quand le rapport $\frac{C}{T}$ est voisin de 0,50 en dessus plutôt qu'en dessous, et quand α est compris entre 0,80 et 1, oscillant autour de 0,90.

Lorsqu'une digestion gastrique donne constamment, et sans aucun trouble ni douleur du côté de l'estomac, des nombres notablement inférieurs à ceux donnés plus haut comme normaux, on doit en conclure qu'il y a suppléance de l'estomac par l'intestin. G. LYON.

Le rapport des chlorures urinaires à l'urée dans le diagnostic des dyspepsies, par MATHIEU et HALLOPEAU (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 *décembre* 1891).

Ce travail fait pour contrôler les recherches de Bouveret, contient les analyses chimiques de l'urine de 11 malades et conclut, que si le plus souvent, chez les hyperchlorhydriques, le rapport de l'urée aux chlorures est notablement plus élevé qu'à l'état normal, on ne peut pas cependant affirmer l'hyperchlorhydrie. Une hyperchlorhydrique avérée avait un coefficient très élevé, 7 au lieu de 2, 3, chiffre normal chez les malades qui ne maigrissent pas. H. L.

Mort par hémorragie du foie dans le cours de la lithiase biliaire, par R. PAULY (*Lyon méd.*, 24 *juillet* 1892).

Femme de 47 ans, n'ayant pas eu de coliques hépatiques depuis 12 ans. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

Le 2 mai, coliques hépatiques violentes, légère teinte subictérique des téguments. Aucune lésion apparente. Température 38°,6. Le 18 mai, nouvel accès suivi de collapsus avec ballonnement du ventre; mort en quelques heures.

A l'autopsie, caillot sanguin dans l'abdomen. Capsule de Glisson déchirée sur toute la face antéro-supérieure du foie. A la partie postérieure, déchirure du foie sur trois travers de doigt de longueur. A l'intérieur, foyer hémorragique du volume d'un poing. Vésicule contenant des calculs dont un obstruant le canal cholédoque. A. C.

Beitrag zur pathologischen Anatomie der biliären Lebercirrhose, par JANOWSKY (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XI*, 3, *p.* 344, 1892).

Sous le nom de cirrhose biliaire, Janowsky ne comprend pas seulement la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique à laquelle Hanot a attaché son nom, mais les cirrhoses avec stase biliaire. Il rassemble à la fois des ictères de courte durée et des ictères chroniques, des foies gros et des foies petits atrophiés et granuleux.

Dans ces foies, il trouve : 1° des foyers de nécrose plus ou moins nombreux, quelquefois très nombreux, occupant de préférence la périphérie du lobule hépatique (pourtour des zones portobiliaires), quelquefois leur centre (zone sushépatique). Ces foyers ne sont jamais bien limités vis-à-vis du tissu hépatique vivant, mais une zone intermédiaire, reconnaissable à la façon dont se colorent les cellules qui s'y trouvent, les entoure. En même temps, la périphérie est le siège d'une dilatation des capillaires et d'une infiltration de petites cellules rondes. On y peut voir aussi des indices de sclérose;

2° L'inflammation et la prolifération des canaux biliaires. Ceux-ci sont plus ou moins nombreux, occupent les zones portobiliaires, renferment ordinairement de la bile et du mucus. Leur épithélium est d'ordinaire détaché et nage dans la lumière du canal. Autour des canaux biliaires se trouve une importante zone de prolifération conjonctive avec accumulation de petites cellules rondes d'autant plus étendue que la canal était plus enflammé. On conçoit d'autant mieux la sclérose consécutive que la paroi du canal n'est formée que par le tissu conjonctif même du foie. La multiplication des canaux biliaires est due, selon Janowsky, en majeure partie à la prolifération de leur épithélium, en partie aussi, mais plus faible, à la transformation des cellules hépatiques en épithélium biliaire. En somme, la bile produit la nécrose du parenchyme et l'angiocholite; ces deux processus agissent à la fois comme genres de sclérose, en provoquant, par leur présence, l'irritation du tissu conjonctif du foie.

Dans l'intérieur des foyers de cirrhose, on peut voir un processus de régénération des cellules hépatiques auquel les épithéliums biliaires participeraient. Mais cet épithélium est aussi susceptible de donner naissance à des cellules géantes, par fusion de ses éléments en un seul bloc. C. LUZET.

Symptomatisches Exanthem bei Icterus, par LEVEN (*Deutsche med. Woch* *n°* 9, *p.* 193, 1892).

Chez un sujet syphilisé depuis plusieurs années, l'auteur a constaté, trois semaines après le début d'un ictère fébrile survenu sans cause connue, une éruption non prurigineuse, étendue à toute la surface cutanée, caractérisée par de larges papules rosées, dont quelques-unes avaient un bord nettement rouge; pas de desquamation; pas de phénomènes généraux. Cet exanthème rappelait la roséole du typhus.

Le traitement mercuriel n'influença ni l'ictère, ni l'exanthème. Il fallut donc admettre que ces deux affections étaient indépendantes de la syphilis et les considérer comme manifestation d'un état infectieux. L. GALLIARD.

Die Influenza-Epidemie des Winters 1889-1890 in Riga (L'épidémie d'influenza à Riga pendant l'hiver 1889-1890), par H. KRANNHALS (*Saint-Pétersbourg*, 1891).

Parmi les nombreuses complications étudiées par l'auteur il faut signaler quatre cas d'abcès du foie. Dans l'un d'eux, à l'autopsie on trouva de nombreux abcès hépatiques dans le pus desquels on ne rencontra pas les microbes pyogènes habituels, mais uniquement des bacilles étranglés en leur milieu, longs de 1μ,5 et larges de 0μ,5; ce microbe put être cultivé sur agar. LEFLAIVE.

On the cure of ascitis due to hepatic disease, par John S. BRISTOWE (*Brit. med. Journ.*, *p.* 847, 23 *avril* 1892).

Bristowe publie quatre cas d'ascite liés à des lésions organiques du foie, et qui finirent par guérir à la suite d'un certain nombre de ponctions. Le premier concerne une femme manifestement alcoolique, ayant des phénomènes cérébraux imputables à l'éthylisme et de la névrite périphérique relevant de la même cause; c'est bien certainement un cas de cirrhose du foie. Le second et le troisième sont des faits analogues d'alcoolisme; là encore l'ascite était considérable et finit par disparaître après une série de ponctions. Enfin, le quatrième cas a trait à une femme atteinte vraisemblablement de syphilis congénitale, et qui guérit après un traitement ioduré et de nombreuses ponctions.

L'auteur tire de ces faits quelques conclusions relativement au mécanisme de l'ascite. Pour lui, les causes des obstructions de la veine-porte sont multiples, suivant que les capillaires et le réseau porte intra-hépatique sont intéressés et que le tronc même de la veine est comprimé par une tumeur, une gomme ou un exsudat de la base du foie. Le rétablissement de la circulation se fait par les veines cutanées collatérales (veines-portes accessoires) et par les veines œsophagiennes.

Bristowe ne discute pas la possibilité de l'influence de la péri-hépatite et de la péritonite concomitante sur l'ascite.

Il est uniquement préoccupé des causes d'obstruction mécanique et ne paraît pas connaître les travaux français publiés sur la question.

Il conseille, pratiquement, de tonifier les malades et de leur faire fréquemment de petites ponctions, sans attendre la distension complète de l'abdomen par l'ascite. H. R.

Ueber das Verhalten der Magenverdauung bei Nierenentzuendung (**État de la digestion stomacale dans la néphrite**), par **E. BIERNACKI** (*Berlin. klin. Wochens., n°* 25, *p.* 611, *et n°* 26, *p.* 652, 22 *et* 29 *juin* 1891).

Biernacki a recherché l'état de la digestion stomacale dans 25 cas de néphrites aiguës ou chroniques, parenchymateuses ou interstitielles. Il a constaté une diminution des sécrétions stomacales, accusée par la diminution plus ou moins grande ou même la disparition de l'acide chlorhydrique, par la diminution des ferments digestifs et, chose curieuse, par la diminution de l'acide lactique.

Pendant les phases d'oligurie et d'œdèmes, la diminution de l'acide chlorhydrique est plus marquée que lorsque la sécrétion urinaire se rétablit et que les œdèmes rétrocèdent. Au fur et à mesure que la quantité des urines augmente, la proportion d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique s'accroît. Dans le cas de néphrite aiguë, la proportion d'acide chlorhydrique redevient rapidement normale ; mais il n'en est plus ainsi, si la maladie prend la forme chronique et cela, alors même que l'urination est suffisante et qu'il n'y a pas d'anasarque. Plus l'œdème et l'albuminurie sont considérables, plus est grande la pénurie du suc gastrique en acide chlorhydrique.

En général, plus la néphrite est ancienne, plus la diminution de l'acide chlorhydrique est accentuée, malgré la petite quantité d'albumine des urines.

Biernacki ne se flatte pas d'avoir découvert toutes les conditions qui influencent l'état des sécrétions stomacales chez les néphritiques. En effet, il a observé des anomalies inexplicables. Tantôt le suc gastrique était relativement riche en acide chlorhydrique, malgré une néphrite intense et déjà vieille, tantôt au contraire le suc gastrique s'appauvrissait en fait d'acide, malgré la rétrocession des œdèmes. Ce dernier phénomène coïncidait toujours avec l'apparition de symptômes d'urémie ; tels que céphalalgie et vomissements.

Fait remarquable, Biernacki n'a jamais noté d'atonie de l'estomac, très souvent même, il a observé une exagération de sa motilité. J. B.

Contribution à l'étude bactériologique des néphrites infectieuses, par HENRIQUEZ (*Thèse de Paris, n°* 79, 1892).

L'urine normale est le plus souvent privée de toute espèce de germes, cependant il arrive assez souvent que l'on y rencontre des organismes en petit nombre, qui s'y développent peu à peu en raison de son acidité. Ils ne déterminent pas de fermentation ammoniacale. Le plus souvent on y rencontre des organismes pyogènes, probablement éliminés par le rein.

Au point de vue bactériologique on peut distinguer des néphrites infectieuses ascendantes ou descendantes. Les premières ont été bien décrites par Albarran et Hallé. Les secondes n'ont pas jusqu'ici fait l'objet d'un travail d'ensemble. L'auteur tente ce travail. On distingue deux variétés de néphrites infectieuses descendantes : l'une est toxique, c'est à-dire produite par le passage à travers le rein de substances toxiques produites par des microbes, l'autre à proprement parler infectieuse (microbienne) et l'on peut suivre le microbe dans le sang, le rein et

l'urine. Parmi les néphrites, les unes sont primitives, dues à l'agent pathogène lui-même ou à ses produits toxiques (érysipèle, pneumonie, fièvre typhoïde), les autres sont secondaires, dues à une seconde infection surajoutée (scarlatine, etc.) et dans ce cas toujours due au passage d'une bactérie par le rein (streptocoque ou staphylocoque). C. LUZET.

D'une variété de pyélo-néphrite primitive (à staphylocoques dorés), par DELPEUCH (*Soc. méd. des hôpitaux,* 22 *juillet* 1892).

Il s'agit d'un garçon de 17 ans, qui brusquement fut pris, le 12 mars, de douleurs dans la région du rein droit, avec irradiation, de fièvre, avec besoins fréquents d'uriner. Le 17 mars les malaises locaux et généraux persistent, les urines sont abondantes (2 litres) et laissent un dépôt blanc abondant de pus, composé exclusivement de leucocytes et de staphylocoques dorés. Le 28 mars, la douleur avait disparu et la fièvre tombe; le 15 avril, l'urine est normale, il n'y a plus de pus ni d'albuminurie. Après quelques jours de fatigue l'urine redevient trouble, et pendant plus d'un mois contient un léger trouble dû à l'albumine (réactifs d'Esbach et de Tanret). H. L.

Veränderungen des sympathischen and cerebro-spinal-systems bei Addisonscher-krankheit, par FLEINER (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk., p.* 265, 1892).

L'auteur a eu l'occasion d'observer deux cas de maladie d'Addison à des périodes très différentes d'évolution. Il insiste plus particulièrement sur les résultats de l'autopsie. Dans le premier de ces cas il s'agissait d'une tuberculose des deux capsules surrénales; dans le second d'une affection sarcomateuse d'une des capsules surrénales et des deux ganglions semi-lunaires. Dans les deux cas il existait une inflammation chronique qui, remontant des capsules surrénales, atteint les ganglions semi-lunaires, de là gagne les splanchniques, puis les cordons du sympathique, et remonte dans les ganglions spinaux. La plupart des cellules ganglionnaires du sympathique présentent l'aspect de l'atrophie pigmentaire.

Les lésions inflammatoires sont très nettes au niveau des ganglions spinaux, et dans les racines postérieures; dans la moelle on ne trouve pas de signes évidents de dégénération, bien que dans les cordons postérieurs il existe des différences de coloration, qui pourraient en être un indice. Altérations des nerfs cutanés et du pneumogastrique.

L'auteur rapproche de ces altérations les symptômes observés et prouve leur concordance.

La maladie d'Addison serait donc d'après lui non pas une névrose comme l'a prétendu Rossbach, mais une affection à lésions bien marquées, ces lésions portant tout d'abord sur les filets du sympathique et provenant le plus souvent mais non toujours des capsules surrénales.

PIERRE MARIE.

Ueber Addison'sche Krankheit, par von KAHLDEN (*Berlin. klin. Wochens., n°* 37, *p.* 925, 14 *septembre* 1891, *et Beit. z. anat. Path., X,* 5).

Les recherches que von Kahlden a entreprises dans 8 cas de dégénération caséeuse des capsules surrénales, dont 2 avec maladie d'Addison, l'induisent à regarder comme insoutenable l'opinion qui place cette dernière affection sous la dépendance de lésions du sympathique, des ganglions semi-lunaires ou de la moelle épinière. J. B.

Sur un cas d'association tabéto-hystérique, par BLOCQ et ONANOFF (*Arch. de méd. exp.*, *IV*, 3).

Ce fait singulier se rapporte à un homme de 36 ans. On ne retrouvait les signes classiques et fondamentaux, ni du tabes, ni de l'hystérie. Mais la symptomatologie, pour limitée qu'elle fût, comportait encore un mélange de phénomènes suffisants pour légitimer l'étiquette susdite. On trouvait, pour l'hystérie, le rétrécissement du champ visuel et la parésie du bras droit avec anesthésie ; pour le tabes la paralysie double de la 3e paire avec anesthésie de la face, suivant le type du masque tabétique de Charcot. Les pupilles, moyennement contractées et égales, devenaient très larges pendant le sommeil chloralique et restaient telles, malgré l'approche d'une lumière. Le malade fut emporté par une tuberculose pulmonaire et l'on put faire une autopsie précoce. Il existait des lésions tout à fait commençantes de tabes cervicale et bulbaire : l'altération occupait le faisceau de Burdach en bande scléreuse dédoublée, à type névroglique, sans lésion des vaisseaux, des méninges, ni des racines postérieures. Il y avait enfin d'importantes lésions des nerfs craniens : ces névrites étaient sous la dépendance d'une destruction partielle des noyaux d'origine de ces nerfs. GIRODE.

Nine cases of Graves disease, par Arthur MANDE (*St Barth. hosp. Rep.*, *p.* 132, *XXVII*).

Relation de neuf observations complètes de goître exophtalmique. L'observation 7 est à signaler, à cause des troubles particuliers de l'innervation oculaire présentés par le malade. En effet, le sujet eut, à quelques jours de distance, une paralysie faciale sans surdité, puis une parésie du droit externe et du grand oblique de l'œil, finalement une ophtalmoplégie générale, mais les pupilles restèrent toujours contractiles et sensibles à la lumière, ce qui prouve qu'il s'agissait d'une ophtalmoplégie nucléaire d'origine centrale. Des faits analogues ont été publiés par Ballet et par Bristowe, et achèvent de plaider en faveur de la localisation bulbaire de la névrose. H. R.

Des localisations pulmonaires dans la dothiénentérie, par LYONNET (*broch. Lyon*, 1891).

Les manifestations pulmonaires de la fièvre typhoïde sont précoces ou tardives. Les premières mobiles, de courte durée, dues à l'infection primitive, sont le plus souvent bénignes et ne contre-indiquent pas le traitement par les bains froids (bronchite, congestion pulmonaire, pneumo-typhoïde). Les dernières plus fixes, plus tardives, dues soit à l'état du cœur ou des forces, soit à des infections secondaires, sont graves (hypostase, broncho-pneumonie, pneumonie, etc.). Les bains froids sont contre-indiqués seulement quant la pneumonie survient tardivement et quand l'adynamie est prononcée. LEFLAIVE.

Enfisema sottocutaneo durante il corso d'un ileotifo, par M. BELLI et S. REBAUDI (*La Riforma medica*, *p.* 361, 8 *février* 1892).

Observation d'un homme atteint d'une fièvre typhoïde grave avec congestion pulmonaire, au cours de laquelle survint très rapidement une tuméfac-

tion considérable du cou et de la partie supérieure du thorax, présentant les caractères classiques de l'emphysème sous-cutané ; à l'auscultation du cœur on n'entendait pas les battements cardiaques, mais un bruit de crépitation à petites bulles synchrones à ces battements; mort deux jours plus tard par les progrès de l'adynamie. A l'autopsie, emphysème du médiastin, vacuoles remplies d'air dans les lobes supérieurs des deux poumons et broncho-pneumonie dans leurs lobes inférieurs; lésions des viscères abdominaux dus à la fièvre typhoïde, avec prédominance des altérations intestinales sur les follicules isolés. GEORGES THIBIERGE.

Influence de la fièvre typhoïde sur le développement ultérieur de la néphrite chronique, par GIROT (*Thèse de Paris*, n° 65, 1892).

Presque constante chez les typhiques, l'albuminurie qui est ordinairement passagère, peut cependant, dans quelques cas, indiquer une néphrite grave, souvent funeste. Celle-ci peut cependant guérir, mais en fournissant le point de départ d'une néphrite chronique, qui se développe lentement, progressivement, et n'apparaît le plus souvent que longtemps après la guérison de la fièvre typhoïde. Des lésions du cœur et du foie à évolution semblable peuvent aussi constituer des suites de la dothiénentérie. On doit donc toujours surveiller le rein attentivement, après la guérison de la fièvre typhoïde. C. LUZET.

I. — Zur Prophylaxe der Nephritis scarlatinosa, par ZIEGLER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n° 2, p.* 25, 11 *janvier* 1892).

II. — Zur prophylactischen Milchdiaet bei Scharlach, par BIEDERT (*Ibidem, n°* 4, *p.* 72, 25 *janvier*).

I. — De 1875 à la fin de 1891, il s'est produit à l'orphelinat militaire de Potsdam, 9 épidémies de scarlatine, plus ou moins grave, comptant en tout 218 cas. Or, chez aucun des 100 malades traités depuis 6 ans, il n'est plus survenu la moindre trace de néphrite, ce que Ziegler attribue à l'emploi, à titre prophylactique, dès le début de la scarlatine, de la diète exclusivement lactée.

II. — Biedert rappelle que Jaccoud a recommandé depuis assez longtemps l'emploi prophylactique du lait chez les scarlatineux et que lui-même en a fait mention dans ses éditions du *Manuel des maladies de l'enfance* de Vogel. J. B.

Examen clinique et bactériologique de 200 enfants entrés au pavillon de la diphtérie à l'hôpital des Enfants malades, par Louis MARTIN (*Annales de l'Institut Pasteur*, *n°* 5, 1892).

L'étude bactériologique en cas d'angine blanche est absolument indispensable si l'on veut se mettre à l'abri d'insuccès trop souvent inévitables par les seules ressources de la clinique. Cette étude n'est pas de la bactériologie de laboratoire, mais bien de la bactériologie clinique et facile. L'examen de la fausse membrane est plus délicat et plus minutieux, il est en outre moins sûr que l'ensemencement du sérum, qui donne des renseignements certains au bout de vingt-quatre heures.

Le bacille diphtéritique ne se présente pas toujours sous le même aspect. On peut en distinguer trois variétés : bacilles longs, imbriqués, enchevêtrés, ce sont les bacilles types décrits par tous les auteurs, ba-

cilles courts disposés parallèlement les uns aux autres, paraissant plus grands en raison de leur peu de longueur ; bacilles intermédiaires de moyenne longueur à dispositions aussi parallèles.

Sur sérum ces variétés ne se distinguent pas : cependant les colonies de bacilles courts sont souvent plus blanches, plus humides et continuent à croître après la sortie de l'étuve (caractères voisins de ceux du pseudo-bacille de Löffler).

Les bacilles courts sont très bénins, les moyens peu toxiques, les longs, imbriqués, de beaucoup les plus toxiques. Pour qu'un malade qui n'a que des bacilles courts succombe, il faut des conditions nouvelles (association de streptocoques, diphtérie postrubéolique, etc.)

Si les caractères de la fausse membrane, l'état des ganglions, l'albuminurie ne présentent rien de typique, la température peut donner des indications nettes.

Les courbes évoluant dans les régions peu élevées (la température vespérale ne dépassant pas 38-39°) ; celle d'abord élevée, puis régulièrement descendante, comportent un pronostic favorable.

Les courbes régulièrement ascendantes, les courbes en plateau dans les régions élevées (au-dessus de 39°), les courbes à oscillations ascendantes dans les régions élevées sont d'un pronostic fâcheux.

En outre, la température prévient très exactement de l'envahissement de nouvelles régions ; quand la diphtérie envahit le larynx, la fièvre monte ; elle monte encore quand du larynx elle s'attaque aux bronches ou au poumon.

Dans les cas où l'on trouve, ce qui est commun, de nombreux bacilles dans le poumon, celui-ci présente les lésions de la pneumonie labulaire. Le poumon pourrait même être envahi primitivement.

Sur 112 angines observées au pavillon de la diphtérie, 43 étaient non diphtéritiques ; 33 ont été examinées de plus près ; 25 étaient des angines à coccus ; 8 des angines à streptococcus.

L'espèce la plus fréquente (20/25) des coccus est le petit coccus déjà décrit par Roux et Yersin : souvent disposé en diplocoque, à culture précoce (24 heures) simulant sur sérum celles du bacille diphtéritique. Il est en nombre immense dans les fausses membranes, qui semblent un peu plus blanches et un peu moins élastiques : mais même caractère de reproduction, même siège (luette), même retentissement ganglionnaire. Comme particularité, fréquence des rechutes : pronostic bénin, pas de signes persistants d'intoxication.

Les angines streptococciques (8 cas) sont plus graves, mais il y a eu guérison dans tous les cas, malgré l'intensité des symptômes généraux, fièvre précoce et vive, prostration marquée, la muqueuse qui entoure la fausse membrane est enflammée et tuméfiée.

Les coques et le streptocoque peuvent être associés au bacille de Klebs : dans les deux cas le pronostic est grave, dans le premier d'autant plus bénin qu'il y a plus de coques. La malignité des angines à bacilles et à streptocoque semble résulter de l'association même des deux microbes, la présence du saphylocoque albus entraîne aussi un pronostic sombre.

Sur 54 cas de croup ou d'angine, 17 fois il ne s'agissait pas de diphtérie malgré l'apparence clinique ; la trachéotomie expose alors à la con-

tagion. L'association avec le streptocoque est grave (jetage, cou proconsulaire, albuminurie, etc.), avec le coccus, bénigne.

Sur 34 cas de croup avec angine, 21 fois seulement il s'agissait de diphtérie. PAUL TISSIER.

I. — Zur Aetiologie der Diphtherie, par Adolf BAGINSKY (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 9, *p.* 183, 29 *février* 1892).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Idem, p.* 202, *et n°* 10, *p.* 230, 7 *mars*).

I. — Sur 154 cas de *diphtérie pharyngée* où Baginsky a recherché le bacille de Klebs et de Lœffler, il l'a trouvé 118 fois ; 45 cas de ces 118 (38, 19 0/0) ont été mortels, 28 ont été bénins.

Les 36 cas restants, dont 4 furent mortels, ne présentaient que des coques. Le premier des 4 malades a succombé à des paralysies diphtéritiques graves pour lesquelles il avait été admis ; le deuxième a été emporté par une pneumonie morbilleuse et les autres par une pleurésie purulente double.

Baginsky conclut de ces recherches qu'il y a deux formes morbides déterminant des altérations, identiques à l'œil nu, de la muqueuse du pharynx et des amygdales. Ces altérations consistent en dépôts pseudomembraneux dont la teinte varie du blanc gris sale au verdâtre. L'une et l'autre formes morbides s'accompagnent, presque de la même façon, de fièvre, de prostration des forces et de gonflement des ganglions sous-maxillaires, en sorte qu'il est impossible de les distinguer cliniquement. Et cependant elles diffèrent complètement entre elles au point de vue de l'agent morbide — bacille de Lœffler ou au contraire staphylocoques et streptocoques, — et de la léthalité. Ces deux formes morbides ne peuvent être sûrement différenciées que par les cultures bactériologiques. Pour l'affection occasionnée par les coques, il conviendrait d'accepter le nom de diphtéroïde, proposé par les auteurs français. Cette dernière n'a pas le caractère éminemment contagieux de la diphtérie.

Jusqu'ici on a complètement séparé de la diphtérie, le *coryza pseudomembraneux* qui se caractérise à la fois par la chronicité et la bénignité. Or, dans 3 cas de cette maladie, Baginsky vient de constater la présence du bacille de Klebs et Concetti a vu la même chose dans un cas.

Dans les cas d'*angine scarlatineuse*, qui extérieurement ressemblaient le plus à la diphtérie, Baginsky n'a jamais trouvé le bacille de Klebs et de Lœffler, mais uniquement des coques.

Plusieurs fois, il a assisté aux phénomènes suivants : des enfants admis pour une angine diphtérique et offrant le bacille de Lœffler sont subitement pris d'un exanthème scarlatiniforme fébrile, tandis que l'angine, perdant son caractère pseudomembraneux vrai, consiste dès lors en enduits plus onctueux, de couleur gris sale ou verdâtre, ne renfermant plus le bacille de Lœffler, mais exclusivement des coques.

II. — Dans un cas d'angine diphtéritique, 5 semaines après la guérison, Ritter a encore trouvé, dans la salive de l'enfant, des bacilles diphtéritiques ayant conservé toute leur virulence ; d'autre part, il a constaté la présence du même bacille dans la bouche de deux enfants bien portants, ce qui n'est pas plus une objection à son rôle pathogénique que pour le pneumocoque.

On observe à la suite d'injections des streptocoques des fausses membranes, les mêmes phénomènes paralytiques que Roux et Yersin (*R. S. M.*, XXXIII, 466,) ont obtenu avec le bacille diphtéritique, mais ce qui est caractéristique de ce dernier, c'est que chez les animaux inoculés, on ne retrouve, comme chez l'homme, les bacilles et les fausses membranes qu'au lieu même de l'injection et jamais de bacilles ailleurs, ni dans les solides ni dans les liquides.

Ritter a pratiqué l'examen bactériologique à plusieurs reprises de 9 angines scarlatineuses ; 8 d'entre elles étaient des angines simples ne contenant que des coques, tandis que la 9ᵉ renfermait le bacille diphtéritique.

Troje conteste que le staphylocoque puisse refouler complètement le bacille diphtéritique.

Leur symbiose est, au contraire, chose connue et donne lieu à une infection mixte très grave, à la forme de diphtérie dite infectieuse en France, par opposition à la forme toxique causée uniquement par le bacille diphtéritique. Dans 29 autopsies de diphtéritiques, Troje et Dahmer ont toujours trouvé le streptocoque dans les fausses membranes de la muqueuse aérienne ; 26 fois il se retrouvait aussi dans les poumons, même en l'absence de bronchopneumonie ; enfin 13 fois, il existait en même temps en cultures pures dans le sang du cœur et dans la rate.

Paul Guttmann estime qu'on n'est pas autorisé à séparer de la dipthérie, les angines bénignes où l'on n'a pas trouvé le bacille de Lœffler, avant d'être bien sûr que celui-ci ne s'y rencontrait pas tout à fait au début et n'a pas été étouffé dans la suite par le streptocoque. J. B.

Ueber den Erreger der Malaria (Du germe producteur de la malaria), par KAMEN (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XI*, 3, *p.* 395, 1892).

Dans la fièvre quarte, l'auteur trouve, le 1ᵉʳ jour, après l'accès de toux, de petits parasites endoglobulaires avec quelques grains de pigment. Le 2ᵉ jour, les plasmodies occupent déjà la plus grande partie du corpuscule sanguin; le nombre des parasites a augmenté. Le 3ᵉ jour avant l'accès, tout le globule est atteint et sa substance est réduite à un mince ruban : le pigment n'est plus régulièrement disposé sur le bord de la plasmodie, il est distribué irrégulièrement à son intérieur. Pendant la fusion, on trouve le pigment réuni au centre en un petit amas; pendant le stade de chaleur, la segmentation est nette ; on trouve des formes jeunes. Pendant le stade de sueur, on peut voir des plasmodies irrégulières qui en sont probablement des formes cadavériques. C. LUZET.

Ueber Blutuntersuchungen bei ostafrikanischen Malaria-Erkrankungen, par E. GRAWITZ (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 7, *p.* 138, 15 *février* 1892).

Ce sont les premiers examens méthodiques du sang pratiqués sur des soldats en congé de convalescence à Berlin, après avoir fait partie des troupes envoyées dans l'Afrique orientale. Ces 6 hommes y avaient séjourné en moyenne 2 ans et avaient eu plusieurs atteintes de la fièvre paludéenne. Quatre d'entre eux avaient complètement récupéré leur santé. Le premier présentait une composition parfaitement normale du sang, tandis que les 3 autres offraient une diminution considérable des globules

rouges et une augmentation relative des leucocytes éosinophiles. Le sang d'aucun d'eux ne contenait de plasmodies.

Le sang du cinquième malade, qui avait encore des accès irréguliers, renfermait, mais en très petit nombre seulement, les formes amiboïdes et semi-lunaires du parasite de Laveran. Cet homme, après avoir été traité sans succès par le bleu de méthylène (*R. S. M.*, XL, 116), fut rapidement guéri par la quinine.

Enfin, le dernier malade avait des attaques de fièvre bilieuse hématurique. Son sang offrait les altérations suivantes : absence de parasites ; diminution très rapide des hématies (en 6 jours de fièvre, leur nombre s'était restreint de 4 millions) qui ne présentèrent de modifications de formes qu'à partir du septième jour où l'on vit apparaître successivement des mégalocytes très pâles, de nombreuses hématies de dimensions normales, nucléées, des mégalocytes parfois colossaux, avec 1 ou 2 noyaux, de nombreux microcytes, enfin des poikilocytes ; bref, tous les signes d'une anémie grave. Ici, la quinine se montra tout à fait impuissante et l'on recourut avec plus de fruit à un régime substantiel et plus tard à l'arsenic. La fièvre ayant cessé, la régénération du sang s'effectua aussi rapidement que sa dégénération. Les poikilocytes et les mégalocytes nucléés disparurent en premier lieu, tandis que les hématies nucléées de forme normale et les mégalocytes sans noyaux persistèrent un certain temps. Simultanément, il s'était produit une rapide multiplication de leucocytes dont un cinquième ou un quart appartenait au type éosinophile. Au bout de 3 semaines, la régénération du sang était terminée et la leucocytose disparue. J. B.

I. — Ueber Leukæmie und Pseudoleukæmie, par TROJE (*Berlin. klin. Woch., n° 12, p.* 285, 21 *mars* 1892).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibidem, p.* 287).

I. — 1° *Leucémie.* Malgré leur nombre et leur importance, les travaux sur l'histologie du sang n'ont apporté, pour le diagnostic différentiel de la leucémie avec la leucocytose transitoire, que peu d'éléments utilisables et encore ces éléments ne sont-ils pas constants. Il en est ainsi de l'assertion d'Ehrlich (*R. S. M.*, XXII, 406) autrefois généralement admise, que le sang leucémique renferme toujours une plus grande quantité de cellules éosinophiles, fait que de récentes observations ont montré n'être pas exact. Troje a eu lui-même occasion de suivre un cas de leucémie où le sang n'a jamais présenté que de rares cellules éosinophiles et n'en a point présenté du tout pendant longtemps. En revanche, dans le sang d'un individu sain, il a trouvé une proportion considérable de ces mêmes leucocytes. De même la tentative de H.-F. Mueller (*R. S. M.*, XXXVIII, 473) de distinguer, parmi les globules blancs du sang leucémique, de grosses cellules nucléées spéciales, ovales ou polymorphes, qu'il désigne sous le nom de cellules médullaires et croit caractéristiques de la leucémie, ne saurait, pour Troje, mener à aucun résultat satisfaisant. Troje a, il est vrai, rencontré parfois, dans le sang leucémique des cellules incolores remarquablement grosses, ressemblant par leurs propriétés morphologiques et tinctoriales aux cellules médullaires de Cornil, mais il ne lui a jamais été possible, de même que pour les cellules mé-

dullaires de la moelle osseuse, même en se servant des procédés indiqués par Mueller, de remarquer quelques traits caractéristiques autorisant à les séparer des grosses cellules mononucléaires qu'on voit aussi dans le sang de personnes bien portantes. Aussi Troje ne les considère-t-il que comme une variété particulière de leucocytes mononucléaires qui se sont hypertrophiés dans la moelle osseuse. Pour le diagnostic différentiel d'avec la leucocytose, Troje attache plus d'importance à la différence de formes que Mueller a signalée dans les cellules éosinophiles du sang leucémique. Il regarde comme caractérisant la leucémie, non pas seulement cette forme différente des cellules éosinophiles seules, mais encore les formes différentes des leucocytes en général, la présence de nombreux types mononucléaires, de grosseur généralement moyenne, à côté des types du sang normal. En comparaison de ces cellules à liséré protoplasmatique étroit et homogène, à noyau relativement gros, finement réticulé, arrondi ou ovale, les formes usuelles de leucocytes, globules de la lymphe, leucocytes polynucléaires et gros leucocytes mononucléaires, peuvent être en très petit nombre, même en nombre inférieur à la normale. Troje considère ces leucocytes de moyennes dimensions qui prédominent dans le sang leucémique comme la forme jeune des globules blancs du sang, et il les identifie avec les cellules mûres, prêtes à se diviser, que Flemming a décrites dans les centres germinatifs des ganglions lymphatiques. Tandis que d'ordinaire, ces cellules incolores subissent dans les organes hématopoiétiques une transformation avant d'arriver dans le courant sanguin ou dans la lymphe, en se métamorphosant en gros leucocytes à un ou plusieurs noyaux, dans la rate et la moelle des os, en globules de la lymphe, dans les ganglions, chez les leucémiques elles parviennent dans la circulation sans avoir achevé leur évolution. Contrairement à Spronck, qui assure que dans la circulation sanguine normale, 2 pour mille des globules blancs sont en voie de karyokinèse, Troje déclare, malgré de nombreuses recherches, n'avoir jamais constaté de mitose des leucocytes que dans le sang leucémique; il est arrivé à croire que, pour se diviser, les leucocytes ont besoin d'un état de repos qu'ils trouvent dans les mailles du réseau conjonctif des organes de l'hématopoièse, et, relativement à l'origine des leucocytes il rejette l'opinion de Baumgarten et de Ribbert (*R. S. M.*, XXXVIII, 46) pour se rallier à celle de Flemming, confirmée récemment par Hansemann. Dans la moelle osseuse, dans les ganglions et surtout dans la rate d'une femme morte de leucémie aiguë, il a constaté des proliférations endothéliales indubitables. Troje a vu les mêmes espèces de leucocytes en voie de karyokinèse dans les tumeurs leucémiques du foie, des reins, des muqueuses stomacale et intestinale, etc.

Troje a également noté dans le sang leucémique les différences de taille les plus marquées entre les divers globules rouges; à côté de globules nains du diamètre de 3 1/2, il y a des géants du diamètre de 15 1/2. Les hématies offrent parfois l'indice de fragilité signalé par Ehrlich et Hagen, les lacunes qui prennent la matière colorante; on y trouve aussi en abondance les formes dégénératives décrites par Ehrlich et qui se teignent en violet lorsqu'on les traite par l'hématoxyline associée à l'éosine. Les hématies nucléées présentent aussi une grande variété de formes et de dimensions dans leurs noyaux et même dans leurs corps de cellules (de 6 à 18

comme diamètre); les hématies géantes ne sont donc pas l'apanage exclusif de l'anémie pernicieuse progressive. Mais le caractère de beaucoup le plus intéressant du sang leucémique, est l'existence d'hématies nucléées en voie de karyomitose. Cette découverte a un grand intérêt théorique, car elle montre que les globules rouges à noyau qui sont incontestablement la première ébauche des hématies normales se régénèrent par prolifération autonome et que les globules rouges du sang ne proviennent pas, comme on l'admet, des globules blancs; du même coup, tombe la théorie pathogénétique qui considère la leucémie comme la conséquence de la transformation défectueuse des leucocytes en érythrocytes.

Les formes aiguë et suraiguë de la leucémie tendent au contraire à faire croire à l'origine infectieuse de cette affection. Même, il y a 2 ans, Oberatzow a vu le garde-malade d'un homme atteint de leucémie aiguë être pris bientôt de la même maladie, ce qui ferait admettre son caractère contagieux. On doit à Hinterberger (*R. S. M.*, XXXIX, 578) d'avoir signalé le fait que la plupart des leucémies aiguës débutent par une stomatite ou par des ulcérations intestinales qu'on regardait jusqu'ici comme des complications et qui paraissent plutôt indiquer les portes d'entrée du virus. Dans la leucémie chronique elle-même, il est vraisemblable que le point de départ de la maladie siège dans les voies digestives supérieures, peut-être dans les amygdales si souvent gonflées; n'est-ce pas le gonflement des ganglions cervicaux qui est généralement le premier en date, et Béhier n'a-t-il pas décrit déjà une forme gastro-intestinale de leucémie (*R. S. M.*, XXXII, 455; XXXVII, 50).

2° *Pseudo-leucémie.* Sous cette désignation, on a confondu toute une série d'états morbides distincts au fond et n'ayant de ressemblance qu'en apparence. Ainsi Ebstein (*Deutsches Arch. f. klin. Med.*, XLIV) a décrit une pseudo-leucémie aiguë rappelant tout à fait le scorbut, et le même auteur a appelé fièvre à rechutes chronique (*R. S. M.*, XXXI, 579) une maladie infectieuse dont le type fébrile paroxystique la distingue complètement des autres pseudo-leucémies. Une partie des soi-disant pseudo-leucémies ne sont que des tuberculoses ganglionnaires localisées; d'autres résultent d'une infection mixte, tuberculose et lymphomes, ou encore de tumeurs à grosses cellules fusiformes de la totalité des ganglions avec métastases. Enfin il y aurait encore à différencier du lymphome malin ordinaire de la pseudo-leucémie, le sarcome finement réticulé, à petites cellules rondes, des ganglions ou lymphosarcome proprement dit; mais jusqu'ici on ne possède pas de caractères distinctifs valables, car les tumeurs leucémiques s'étendent aussi bien aux tissus voisins que les lymphosarcomes.

Toutes ces éliminations faites, il reste un groupe de pseudo-leucémies qui ne représentent autre chose que le stade aleucémique d'une leucémie vraie. Troje en relate une observation. C'est aussi le cas pour l'anémie pseudo-leucémique infantile (Jacksch, Luzet).

II. — A. Fraenkel estime qu'un certain nombre des faits de pseudo-leucémie d'Ebstein ne sont que des maladies de Werlhof se compliquant d'adénites, d'autres ne sont que des cas de leucémie dans lesquels la précocité de la mort n'a pas permis l'augmentation notable des globules blancs du sang.

Senator est aussi d'avis que la pseudo-leucémie, même distinguée en

ganglionnaire et splénique, englobe divers états morbides ; il en est de même d'ailleurs de la maladie de Werlhof et de la leucémie aiguë.

P. Guttmann reconnaît que le nombre des cellules éosinophiles n'est pas augmenté dans les formes splénique et ganglionnaire de la leucémie, contrairement à ce qui se passe pour la forme médullaire. D'après de récentes recherches de Canon faites sous l'instigation de Guttmann, on doit considérer comme pathologique, toute proportion de cellules éosinophiles dépassant 2 ou 3 0/0 de l'ensemble des leucocytes.

Holz croit à l'identité absolue de la pseudo-leucémie et de la leucémie, en se basant sur la double observation faite sur un frère et sa sœur habitant à distance l'un de l'autre; l'un âgé de 60 ans, l'autre de 54, furent pris simultanément de symptômes différents de pseudo-leucémie. Au bout de 6 mois, la femme succombait à de la néphrite interstitielle avec œdème cérébral, tandis que l'homme survécut 2 ans et eut enfin de la leucémie; ce malade eut, durant tout le temps, une température au-dessous de la normale. J. B.

On acute Hodgkins disease (Lymphadénie aiguë), par J. DRESCHFELD (*Brit med. j., p.* 893, 30 *avril* 1892).

Dreschfeld attire l'attention sur les diverses formes de la lymphadénie. Les formes chroniques sont bien connues : c'est l'adénie, la pseudo-leucémie, à type ganglionnaire, splénique, myélogène et intestinale. Les formes aiguës le sont moins; elles affectent les allures d'une maladie spécifique intestinale, consécutive à un foyer local, ou d'emblée généralisée. Il publie trois faits intéressants de cette dernière variété.

1° Homme de 23 ans, vigoureux, malade seulement depuis un mois. Début par une bronchite avec oppression et expectoration purulente; signes d'induration pulmonaire au niveau du médiastin antérieur et du hile du poumon. Pouls petit, cœur affaibli; mort à la 5e semaine. L'examen du sang avait montré une augmentation du nombre des leucocytes (1 pour 40 hématies), la plupart petits et uninucléaires. L'autopsie révéla une masse lymphadénique occupant le médiastin, et empiétant sur le péricarde; d'autres lymphomes analogues existaient dans le foie et les reins. On y trouva des bacilles très petits, qui ne donnèrent aucune colonie sur les cultures.

2° Homme de 48 ans. Début par des douleurs fulgurantes des membres inférieurs et de l'affaiblissement des jambes. Cachexie rapide. On constate de la matité dans la région sternale, des hémorragies gingivales et de la fétidité de l'haleine, un gros foie, des vertèbres douloureuses et de la leucocythémie, sans adénie; mort rapide. A l'autopsie, lymphomes du foie, des ganglions mésentériques et sous-gastriques, ainsi qu'au hile du poumon. Vertèbres intactes.

3° Obs. plus classique ; il y avait les signes d'une tumeur du médiastin avec adénopathie cervicale et paralysie du nerf récurrent. H. R.

Ricerche nel sangue e nell' orina di un adulto affetto do emoglobinuria parossistica, par T. TESSARI (*Rivista Veneta di scienze mediche*, 1891).

Dans le sang d'un sujet atteint d'hémoglobinurie paroxystique, Tessari a constaté l'absence de tout organisme pathogène, tant pendant les accès que dans leurs intervalles; il a constaté également que, avant l'accès, les hématies sont peu résistantes, les microcytes augmentés de nombre, la formation de la fibrine plus rapide; dans l'intervalle des accès, les

globules blancs sont augmentés de nombre. Après l'accès, les hématies sont incolores, visqueuses, peu résistantes, les leucocytes sont en nombre proportionnellement moins considérable que les hématies. Le sang se reconstitue rapidement, surtout peu de temps après l'accès.

Les urines avant l'accès présentaient déjà des modifications pathologiques et étaient très souvent albumineuses. Pendant les accès, la quantité d'urine était augmentée, la densité diminuée, la réaction acide, la couleur parfois complètement noire, l'odeur semblable à celle de l'eau de mer, le sédiment abondant; elle renfermait de l'albumine, du pigment sanguin, le chiffre des chlorures était augmenté et celui de l'urée diminué. En dehors de la présence de l'hémoglobine, l'urine des accès ne présentait aucun caractère constant. L'urine n'était toxique ni pendant les accès, ni dans leurs intervalles. GEORGES THIBIERGE.

Zur Statistik und Aetiologie des Scorbuts, par BERTHENSON (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LXIV*, *p.* 127 *et* 323, 1892).

Après avoir esquissé l'histoire de l'épidémie de scorbut de 1889 d'après les documents recueillis à l'hôpital militaire Nicolaï de Saint-Pétersbourg, l'auteur discute la question de la nature infectieuse du scorbut. Il montre que les données étiologiques anciennes ne sont pas suffisantes pour expliquer le mode d'extension de la maladie, si on n'admet pas l'intervention d'un agent de contage. Au contraire, on peut considérer l'encombrement, le défaut d'alimentation comme des causes de transmission, de pullulation et de préparation du terrain. Les preuves directes de sa nature infectieuse (l'auteur ne nous donne pas de recherches bactériologiques) sont les suivantes : 1° la forme épidémique que l'épidémie a prise en 1889 ; 2° l'allure symptomatique, qui est celle des maladies infectieuses ; 3° le fait que des malades entrés pour d'autres affections et ayant demeuré longtemps à l'hôpital y ont été pris de scorbut ; 4° le fait de l'atteinte, par cette maladie, de membres du personnel hospitalier ; 5° l'existence d'une période d'incubation pour le scorbut et 6° l'existence d'une certaine immunité. Les faits de scorbut des plaies, ou scorbut traumatique, ne font qu'ajouter un appui à cette théorie.

Conséquemment, la prophylaxie du scorbut doit être modifiée, ainsi que sa thérapeutique. Il faut dans le premier but : 1° sécher et assainir le sol, surtout avant le commencement du printemps ; 2° désinfecter l'habitation ; 3° désinfecter les vêtements, les linges et autres objets de toilette ; 4° isoler les scorbutiques ; 5° leur donner des aliments frais. Au point de vue thérapeutique, on peut dire qu'actuellement les médicaments dits antiscorbutiques (cochlearia, calomus aromaticus, quinquina, etc.) ont été dépossédés de leur prétendue valeur spécifique.

C. LUZET.

The changes in the blood... (Modifications du sang au cours du rhumatisme articulaire), par A. GARROD (*Brit. med. j.*, *p.* 1139, 28 *mai* 1892).

Les recherches de Garrod sont confirmatives de celles d'Hayem. Comme lui, il constate que chaque accès de rhumatisme aigu développe un accroissement de leucocytes, bien qu'il n'y ait jamais un degré extrême de leucocytose. Le nombre le plus élevé qu'il ait observé est de 20,000 leucocytes, au lieu de 6,000 à 7,000, proportion normale. Il est

toujours moins grand dans les formes subaiguës du rhumatisme, quand la fièvre est médiocre. Les rechutes s'accompagnent d'une nouvelle poussée de leucocytose. Par contre, l'auteur n'attribue pas aux réseaux fibrineux l'importance diagnostique et pronostique que leur donne Hayem.

Ces recherches confirment l'idée que le rhumatisme est une maladie infectieuse. H. R.

On a fatal case of rheumatism associated with hemorrhagic erythema, par Dyce DUCKWORTH (*St Barth. hosp. Rep., XXVII, p.* 1).

Femme de 32 ans, ayant déjà eu cinq attaques de rhumatisme. Entrée dans un service de chirurgie pour un phlegmon du bras : au cours de cette affection, elle est prise de douleurs articulaires généralisées avec apparition d'un érythème noueux sur les genoux et aux coudes. État général mauvais, sécheresse de la langue, abattement, fièvre, urines albumineuses, souffle systolique douteux à la pointe du cœur. Traitement par la quinine et le salicylate de soude, qui atténuent les douleurs. Dix jours après, recrudescence de rhumatisme, et apparition d'une éruption papuleuse hémorragique sur les cuisses et les bras, excessivement douloureuse au toucher, qui desquamme au bout d'une semaine. Mais, tandis que les manifestations cutanées s'amendent, le cœur se prend ; battements rapides, irréguliers, souffle net à la pointe, présystolique, hémoptysies, œdème des jambes : diarrhée, ictère et anurie finale. Mort le 29 avril, un mois après le début des accidents. A l'autopsie, congestion pulmonaire, infarctus gangréneux multiples ayant amené une pleurésie fétide ; péricardite ; rétrécissement mitral problablement ancien, mais tapissé de végétations récentes; foie muscade ; reins dégénérés.

L'auteur discute les éléments de ce rhumatisme infectieux ; il élimine l'idée d'une septicémie produite par le phlegmon du bras. Il regarde les manifestations hémorragiques, l'urticaire et l'érythème noueux, comme appartenant bien au rhumatisme lui-même dans ses formes sévères : ce n'est pas l'opinion généralement admise en France. H. R.

Two cases of spreading gangrene... (Gangrène de la bouche chez des adultes) par E. W. MASTERMAN (*St Barth. hosp. Rep., XXVII, p.* 205).

Masterman publie deux cas de gangrène de la bouche chez des adultes, présentant des particularités spéciales. Chez les deux malades, le début de l'affection est localisé aux gencives, vers le collet des dents, tout comme dans la stomatite ulcéro-membraneuse : les joues sont attaquées secondairement par inoculation directe. Chez l'un des deux malades, la gingivite entraîne la chute des dents et la nécrose du maxillaire, qui s'élimine par grands séquestres. Finalement, les téguments cutanés se gangrènent de dedans en dehors, et cette dernière phase rappelle, par sa septicité et son évolution rapide, la marche du noma.

Cette affection n'est cependant pas le noma, qui commence toujours par la muqueuse de la joue et qui n'a aucune tendance à envahir les os de la mâchoire. D'ailleurs, sa durée est bien plus longue (trois mois chez le premier malade, six semaines chez le second). L'auteur considère l'affection comme une variété de stomatite ulcéreuse phagédénique. H. R.

Recherches bactériologiques sur les cas de choléra ou de diarrhée cholériforme, observés dans la banlieue de Paris, par NETTER (*Soc. méd. des hôpitaux, 15 juillet* 1892).

L'épidémie de la banlieue parisienne présente une symptomatologie

analogue à celle du choléra. Netter, à partir du 25 mai, a étudié 49 malades ; dans 29 cas, il a trouvé le bacille virgule, qui était absent dans les 20 autres. L'examen bactériologique a porté tantôt sur les selles pendant la vie, et le contenu de l'intestin après la mort, tantôt sur l'une seulement de ces deux matières. Dans de nombreux cas, le seul examen des lamelles a suffi à montrer l'existence des bacilles caractéristiques. Jamais il n'en a trouvé dans le sang. Les bacilles virgules étaient identiques dans tous les cas sauf un, et ressemblaient bien plus au bacille trouvé par Koch dans le choléra asiatique (1883-1884), qu'avec ceux de Finkler, Prior, Gamaleia, etc. Pour les cultures, à côté de points de contact nombreux (forme, mobilité, culture sur pomme de terre, sur le sérum gélatinisé, etc.), Netter a relevé quelques différences. Le microbe est plus gros, plus court, comparable à un croissant renflé au centre ; il trouble le bouillon ensemencé, coagule le lait, se développe plus vite sur la gélatine préparée avec le pancréas. En comparant ce bacille à un bacille de 1891, venant de Cochinchine, les caractères d'identité sont constants.

En résumé, Netter voit dans le bacille de la banlieue une variété légèrement différenciée du bacille virgule de Koch. Dans un seul cas, il a rencontré en outre un bacille virgule plus mince, formant de longues spirilles, qui paraît identique à la forme originelle de Koch.

Dans 20 cas de diarrhée (10 de banlieue, 10 de Paris, dont 7 mortels), à symptomatologie assez analogue à celle du choléra, le bacille virgule était constamment absent, et, dans tous, il y avait le bacterium coli commune ; c'est ce qui avait été constaté dans les épidémies cholériformes dans les dernières années.

Sur 15 malades soignés à Paris, 9 étaient Parisiens et n'avaient que le coli bacille, 6 venaient de la banlieue et avaient le bacille virgule. Les 2 Parisiens, morts du choléra vrai, l'avaient contracté dans la banlieue.

Netter admet que le véhicule ordinaire du contage est l'eau puisée en aval de Paris ; d'ailleurs, on ignore absolument d'où le choléra a pu venir ; il y a sans doute une reviviscence des germes de 1884.

H. L.

Considérations pathogéniques et anatomo-pathologiques sur l'érysipèle, par ACHALME (*Thèse de Paris*, nº 158, 1892).

Cet important travail constitue une véritable mise au point de la question de l'érysipèle ; nous ne saurions donc ici en donner une analyse détaillée. L'historique de l'érysipèle peut comprendre quatre périodes. Actuellement on ne peut séparer l'étude du microbe de celle des lésions qu'il produit, c'est de là qu'on peut tirer la physiologie pathologique de la maladie. L'auteur nous montre ensuite ce qu'est le microbe de la maladie et l'existence de faits rares où la maladie a paru provoquée par un autre microbe que le streptocoque de Fehleisen. Il étudie l'histoire naturelle de ce streptocoque, les variations de sa virulence, l'influence de la putréfaction sur cette fonction.

Le streptocoque est susceptible de symbiose ou d'association avec d'autres microbes (ceux de la grippe, de la diphtérie, de la fièvre typhoïde, de la tuberculose, de la rougeole, de la scarlatine). Les produits solubles

ne sont susceptibles d'expliquer qu'une partie des phénomènes morbides.

Après avoir décrit les moyens de défense que possède l'organisme contre ce microbe, Achalme étudie certaines infections complexes où il joue un rôle, ce sont les piqûres anatomiques.

Il fait ensuite l'étude des autres formes de l'infection streptococcique : érysipèle diffus, l'érysipèle superficiel, l'érysipèle du tissu cellulaire sous-cutané dont le type est l'érysipèle périombilical du nouveau-né, l'érysipèle blanc, l'érysipèle phlegmoneux, gangreneux, à répétition, l'érysipèle chronique et ses rapports avec certaines formes d'éléphantiasis, les lésions que produit l'érysipèle sur les vaisseaux et ganglions lymphatiques.

Vient ensuite l'étude des érysipèles internes : érysipèle des voies digestives (stomatite, pharyngite, amygdalite, œsophagite, gastrite et entérite), des voies respiratoires supérieures (coryza, laryngite, trachéo-bronchite), du poumon et de la plèvre, de la muqueuse génito-urinaire, l'érysipèle puerpéral, le passage de la mère au fœtus.

Il termine par l'étude des lésions secondaires de l'infection streptococcique : lésions du sang, du cœur (péricardite, endocardite, myocardite), des vaisseaux sanguins (phlegmatia alba dolens), du système nerveux central et périphérique et des organes des sens, du foie, des articulations, du rein, et montre que sur les organes parenchymateux, il faut tenir compte à la fois d'une action toxique et d'une action directe, cette dernière due au microbe lui-même. C. LUZET.

Attaques épileptiformes. Incontinence nocturne d'urine. Troubles de la sensibilité, par LAVERAN (*Soc. méd. des hopitaux*, 2 *avril* 1892).

Un homme de 21 ans est sujet depuis son enfance à des attaques épileptiformes et à l'incontinence nocturne d'urine: en pratiquant l'électrisation du col de la vessie, Laveran constata l'anesthésie de l'hypogastre, de la partie supéro-interne des cuisses, de tout l'urètre, du gland et du fourreau de la verge. Il fait jouer un rôle considérable à cette anesthésie, pour expliquer cette incontinence d'urine.

D'ailleurs, on ne trouve chez cet homme aucun stigmate hystérique. H. L.

Filiaria sanguinis hominis diurna et perstans, par Patrick MANSON (*Revue d'hyg. et police sanit., XIII,* 734, *août-septembre* 1891).

D'après Manson, il existe trois sortes de filaire du sang humain. Celle de Lewis ne se rencontrant dans le sang que la nuit; une autre, récemment découverte, ne s'y trouvant que le jour ; enfin une troisième variété qui s'y observe à tout moment, la nuit et le jour.

Les espèces continue et diurne peuvent se trouver dans le sang plusieurs années après que leur hôte a quitté le lieu où il les avait contractées. Il est extrêmement probable que ce sont ces parasites qui donnent lieu à la maladie endémique de la côte occidentale d'Afrique, dite sommeil des nègres. Manson connaît un jeune homme qui s'en est plaint seulement au bout de trois ans de résidence en Angleterre. Dans le seul cas de sommeil des nègres qu'il a pu examiner de près, celui décrit par Stephen Mackenzie, le sang renfermait les filaires continue et diurne.

J. B.

Mielopatia da fulmine, par R. MASSALONGO (*La Riforma medica, p.* 409 *et* 424, 13 *et* 14 *novembre* 1891).

Homme de 50 ans, frappé par la foudre, qui détermine des brûlures en différents points de la face; coma pendant une heure environ, puis douleurs dans toutes les masses musculaires sans paralysie; le 3e jour, paralysie complète du facial droit; le 8e jour, paralysie des quatre membres avec prédominance dans les membres du côté droit, intégrité de la sensibilité, phénomènes spasmodiques avec exagération des réflexes rotuliens; conservation des fonctions des sphincters; puis amélioration progressive des phénomènes du côté de la face et des membres supérieurs, moins prononcée aux membres inférieurs; au bout de six mois, on constatait une parésie légère des membres supérieurs, une contracture spasmodique des membres inférieurs portant surtout sur les adducteurs de la cuisse et sur les extenseurs de la jambe, le plus petit mouvement ou la plus légère excitation cutanée déterminait un tremblement considérable des deux membres inférieurs; les réflexes étaient exagérés, les sphincters fonctionnaient régulièrement; les érections étaient supprimées; pas de nystagmus, cataracte double.

Massalongo pense qu'il s'agit d'une sclérose en plaques, à forme fruste, développée sous l'influence de la foudre. GEORGES THIBIERGE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Tubo-ovarian cysts, par F. B. ROBINSON (*Amer. journ. of obst., novembre* 1891).

Les kystes tubo-ovariques, bien que rares, constituent une entité morbide distincte; la trompe et l'ovaire prennent tous deux part à leur formation.

Les facteurs essentiels qui déterminent la production de ces kystes sont : la dégénérescence kystique d'un follicule de l'ovaire; la menstruation; l'inflammation des franges de la trompe survenant au moment des règles et amenant leur adhérence à l'ovaire; la continuation de la dégénérescence de l'ovaire et la rupture du contenu ovarique dans la trompe; l'endosalpingite. C'est en général l'ovaire qui est le point de départ principal de la néoformation.

L'origine congénitale de ces kystes, qui dépendraient alors d'une malformation du corps de Wolff, n'est pas suffisamment prouvée.

Beaucoup de cas de kystes tubo-ovariques sont probablement des cas d'hydro-salpinx. L'accroissement du kyste et de son contenu liquide est vraisemblablement dû à l'activité anormale de la portion glandulaire (membrane granuleuse) du follicule ovarique dégénéré; il y a comme une tentative avortée de formation d'un adénome de l'ovaire.

Beaucoup de kystes tubo-ovariques sont le résultat d'une infection gonorrhéique.

La disparition totale des franges du pavillon tubaire démontre que la marche de ces tumeurs peut être très lente et progressive.

Les kystes tubo-ovariques sont encore produits par le mécanisme sui-

vant : la trompe obturée au niveau de son pavillon, et étant le siège d'une abondante sécrétion, peut subir autour de son axe un mouvement de rotation qui oblitère l'ostium uterinum.

Les femmes atteintes de kystes tubo-ovariens sont d'ordinaires stériles. Le traitement doit consister dans l'ablation ou l'incision avec drainage.

CH. MAYGRIER.

Quelques formes cliniques de la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire, par BOURSIER (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 26 *avril* 1892).

D'après les faits observés, Boursier distingue deux sortes de torsions : les torsions avec ou sans étranglement des vaisseaux ; il en rapporte deux exemples, dont les caractères cliniques ont été dissemblables. A ce point de vue il y a lieu d'établir deux variétés.

Dans l'une, les accidents surviennent brusquement et sont graves d'emblée ; dans l'autre, les accès sont successifs et progressivement, les symptômes s'aggravent. En général les crises apparaissent à intervalles plus ou moins longs ; ces récidives se produisent soit par torsions successives, soit par torsion et détorsion alternatives. OZENNE.

Zur Kenntniss des Endothelioma ovarii, par A. v. ROSTHORN (*Arch. für Gyn.*, *XLI*, 3).

Il s'agit d'une tumeur solide de l'ovaire dont l'ablation fut faite par Chrobak chez une femme de 48 ans. L'examen histologique de la pièce enlevée démontra qu'il s'agissait d'un endothéliome de l'ovaire. Voici en effet le résultat de cet examen fait par Rosthorn.

La tumeur a la grosseur d'une tête d'enfant ; elle a la forme de l'ovaire et est d'une consistance ferme. Sur des coupes, on la trouve ainsi constituée : dans une gangue de tissu cellulaire fibreux à fibres ondulées, existent des espaces alvéolaires, nettement limités, et de formes très variées. Ces espaces sont remplis de cellules épithéliales presque cubiques, serrées, régulièrement disposées, et très semblables. Par places, dans l'intérieur de ces alvéoles, on trouve des lacunes de forme et d'étendue variables, remplies d'hématies bien conservées, de cellules et de corpuscules granuleux ; le contenu de ces lacunes est pour l'auteur un produit de dégénérescence des cellules avoisinantes.

Les alvéoles sont en rapport intime avec de très nombreux vaisseaux. L'endothéliome a pour origine les espaces lymphatiques périvasculaires, peut-être aussi l'endothélium des capillaires sanguins eux-mêmes. CH. MAYGRIER.

Zur Ætiologie des Scheidenkrebses (Etiologie du cancer du vagin), par A. MEYER (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., XXII,* 1).

Meyer rapporte l'observation d'une femme de 60 ans, atteinte de prolapsus utérin, à laquelle un médecin appliqua un pessaire de Hodge en celluloïde. Cet instrument fut si bien supporté que malgré les conseils qui lui avaient été donnés, la malade ne le retira jamais pour le nettoyer. Au bout d'un an et demi, elle s'aperçut d'un écoulement séro-purulent, mélangé de sang. L'examen direct ayant fait découvrir une érosion de la lèvre postérieure du col de la partie correspondante de la paroi vaginale postérieure, le pessaire fut retiré. L'érosion disparut après un traitement approprié et on replaça de

nouveau le pessaire. Mais l'écoulement de sang ne tarda pas à reparaître, et la malade étant entrée dans le service de Prochownik, on constata l'existence, aux mêmes points que précédemment, de deux tumeurs ulcérées et saignantes qu'on soupçonna immédiatement être de mauvaise nature. Une parcelle enlevée et examinée au microscope confirma ce diagnostic. Comme le col était envahi jusque dans sa portion sus-vaginale, on fit l'ablation totale de l'utérus en même temps que l'excision de la tumeur vaginale.

L'auteur pense que ce cas rare de cancer primitif du vagin est dû à la pression mécanique exercée par le pessaire, et il compare ce fait aux cas de cancer des lèvres produit par la pression de la pipe chez les fumeurs. CH. MAYGRIER.

Primary sarcoma of the vagina, par William J. GOW (*St Barth. hosp. Rep., XXVII, p.* 97).

L'auteur publie treize cas de cette affection rare et arrive aux conclusions suivantes :

Le sarcome du vagin se voit à tout âge; de préférence de 40 à 50 ans, chez des femmes qui ont eu des enfants. Presque toujours le mal débute dans le tiers inférieur du vagin, sous la forme d'une petite masse polypeuse, sous-muqueuse, absolument indolente. La tumeur se développe d'ordinaire rapidement, avec tendance marquée à l'ulcération; elle donne lieu à des métrorragies précoces, à l'issue d'une tumeur vaginale et à des pertes ichoreuses fétides. La récidive sur place, après l'opération, est la règle. H. R.

De la voie ischio-rectale pour aborder les fistules vésico-vaginales difficilement accessibles, par MICHAUX (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 30 *avril* 1892).

Pour atteindre les fistules vésico-vaginales difficilement accessibles, Michaux conseille le procédé suivant, qu'il a mis une fois en pratique.

Dans un premier temps, incision de 10 centimètres, parallèle au sillon interfessier et à un travers de pouce au-dessus de ce sillon. Cette incision, commençant en arrière au niveau de l'anus et finissant en avant au croisement de la grande lèvre et de l'arcade ischio-pubienne, conduit dans la graisse ischio-rectale facile à décoller et ne contenant, comme organe important, que le nerf et les vaisseaux hémorroïdaux inférieurs.

Dans un deuxième temps, on incise le vagin dans une étendue de 6 à 8 centimètres, sur le milieu de la face latérale. Deux pinces, écartant les lèvres de la boutonnière, permettent de voir et d'attirer le col de l'utérus et d'avoir sous les yeux la région juxta-cervicale et toute la paroi antérieure du vagin. Au besoin on pourrait fendre toute la grande lèvre pour découvrir la paroi vésico-vaginale en totalité. Avivement et sutures de la fistule, suivant le procédé classique et sutures de la boutonnière vaginale puis de la plaie périnéale avec drainage. OZENNE.

The surgical treatment of anterior displacements of the uterus, par C. A. L. REED (*Amer. journ. of obst., janvier* 1892).

L'antéflexion de l'utérus est assez fréquemment due à une brièveté congénitale ou à un raccourcissement inflammatoire des ligaments

utéro-sacrés, ainsi que l'a établi Schultz. Dans ces conditions, le déplacement peut disparaître sous l'influence d'une thérapeutique conservatrice : le repos, la déplétion des organes pelviens, certaines manœuvres appropriées. S'il persiste et s'il s'accompagne de dysménorrhée et de stérilité, Reed conseille d'avoir recours à l'opération suivante. On fait une incision médiane sur la face postérieure de la lèvre postérieure du col; cette incision qui doit aller jusqu'au cul-de-sac vaginal, n'intéresse pas la muqueuse cervicale. Puis de chaque côté de l'ouverture ainsi créée on excise un lambeau triangulaire à pointe en dehors. Deux sutures sont placées sur cet avivement de façon à en rapprocher la partie supérieure et la partie inférieure. Le col se trouve ainsi raccourci considérablement en arrière, ce qui entraîne le redressement de l'utérus.

CH. MAYGRIER.

Certain operations designed to preserve the uterine appendages, par W. M. POLK (*Amer. journ. of obst., septembre* 1891).

Dans les cas de maladies chroniques des annexes, on devrait recourir avant tout à des incisions exploratrices. La question d'ablation des organes ne devrait être décidée qu'après leur examen. C'est principalement l'état de l'ovaire qui devrait guider dans le choix de la conduite à tenir. Il faut, si cela est nécessaire, faire une incision exploratrice de l'ovaire. Si l'ovaire contient du pus, on doit l'enlever avec la trompe adjacente; car c'est une règle absolue de faire l'ablation de la trompe quand on fait celle de l'ovaire. Si c'est la trompe qui contient du pus, l'ovaire étant sain, l'opérateur a le choix entre l'ablation des deux organes, ou la résection de la trompe avec conservation de l'ovaire; même conduite dans l'hydro et l'hémato-salpinx.

Les kystes de l'ovaire ne réclament pas l'ablation de l'ovaire quand ils peuvent être facilement énucléés. Les ovaires congestionnés et déplacés ne doivent pas être enlevés. Les trompes, atteintes d'inflammation parenchymateuse et d'endo-salpingite, avec adhérences, ne réclament l'ablation que quand elles contiennent du pus.

Une trompe oblitérée à son orifice externe peut être ouverte, nettoyée, puis suturée et replacée dans l'abdomen, à la condition qu'elle ne contienne ni pus ni sang ancien.

Les adhérences n'exigent la salpingotomie et l'ovariotomie que lorsqu'elles sont tellement épaisses qu'en les rompant on peut léser sérieusement les annexes. CH. MAYGRIER.

Tubercular salpingitis, par J. W. ELLIOT (*Amer. journ. of obst., février* 1892).

La salpingite tuberculeuse primitive est rare; elle est due ordinairement aux rapprochements sexuels avec un tuberculeux, ou à une infection par les doigts, les instruments, etc.

La trompe est plus fréquemment envahie secondairement par voisinage : ainsi la tuberculose de l'intestin et du péritoine peut atteindre les annexes de l'utérus; d'ailleurs la réciproque est également vraie.

Elliot rapporte deux observations de salpingite tuberculeuse, l'une à forme aiguë, l'autre chronique. Cette dernière variété est bien plus susceptible de guérison.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

Les malades atteintes de salpingite tuberculeuse peuvent guérir. L'opération doit être faite de bonne heure. Si la trompe s'est rompue et si un abcès s'est formé dans son voisinage, la guérison est encore possible; dans ces cas, au lieu de drainer l'abcès, il est plus raisonnable de faire l'ablation de la trompe.

Dans la laparotomie pour péritonite tuberculeuse, on doit toujours examiner les trompes; on les enlèvera si elles contiennent du pus ou s'il est démontré qu'elles ont été le point de départ de la maladie.

CH. MAYGRIER.

Eine weitere Mittheilung über die Beziehungen der Influenza zu Erkrankungen der weiblichen genitalien (Relations entre l'influenza et les affections des organes génitaux chez la femme), par GOTTSCHALK (*Centr. für Gyn.*, 3, 1892).

Gottschalk a déjà signalé antérieurement les endométrites aiguës hémorragiques qui peuvent se développer à la suite de l'influenza. Il a eu occasion d'observer de nouveaux faits pendant la dernière épidémie.

Dans un premier cas, une jeune fille de 21 ans, bien réglée, fut prise au cours d'une attaque d'influenza de douleurs dans le ventre et d'une hémorragie utérine profuse; après avoir duré 15 jours cette hémorragie fit place à un écoulement blanc abondant. Trois semaines plus tard on pouvait constater l'existence d'une tumeur occupant le ligament large droit, et repoussant l'utérus à gauche. Il y a donc eu dans ce fait endométrite hémorragique et consécutivement périmétrite.

Une autre malade a présenté, après avoir été atteinte d'influenza, tous les signes d'une cellulite pelvienne non suppurée.

Chez une troisième femme l'influenza a été la cause de la récidive aiguë d'une paramétrite ancienne.

L'auteur pense qu'on peut admettre deux hypothèses pour expliquer ces faits. Ou bien le poison de l'influenza agit directement sur la muqueuse utérine ou le paramétrium et en détermine l'inflammation; ou bien il y aurait endométrite hémorragique par pénétration des microbes pathogènes de l'influenza dans le col, et la paramétrite serait due à une infection secondaire, consécutive à l'endométrite. CH. MAYGRIER.

Beiträge zur Aetiologie der puerperalen Osteomalacie, par EISENHART (*Deut. Arch. f. klin. Med., XLIX, p.* 156, 1892).

Il faut placer la cause de l'ostéomalacie dans un état pathologique des ovaires. Cet état s'exprimerait par une exaltation pathologique de l'activité des ovaires, une superproduction de ces organes, comme le prouve la grande fertilité des ostéomalaciques et les constatations anatomiques faites sur les ovaires extirpés à ces malades. Le résultat de cette suractivité ovarienne est un accroissement de l'apport du sang aux os du petit bassin, comme aux parties molles qu'il renferme. Cet état ne suffirait cependant pas sans l'action d'un second facteur : l'ostéomalacie est liée à une altération hématique qui est, en outre de la diminution de l'hémoglobine, la diminution de son alcalescence. Dans ces conditions, le sang peut dissoudre les sels calcaires des os, et il le fait d'autant plus vite que la vitesse de son courant est exagérée. Où chercher l'origine de ces acides? L'auteur rejette l'hypothèse qui la place dans un trouble nerveux central et énumère les hypothèses suivantes : production d'acides par le

tissu médullaire hyperémié, comme cela a lieu dans la rate leucémique; accumulation de CO^2 dans les os par suite de l'hyperémie; compression des vaisseaux par les os, stase et accumulation de CO^2 formé sur place; destruction massive de globules rouges par diapédèse ou rupture vasculaire; enfin combinaison possible de plusieurs de ces processus.

C. LUZET.

De l'hystérectomie vaginale par section médiane de l'utérus dans les suppurations pelviennes, par QUÉNU (*Bull. de la Soc. de chirurgie, XVIII, p.* 331).

Quénu apporte de nouveaux faits établissant l'avantage qu'on peut tirer de la section médiane de l'utérus qu'il a déjà recommandée dans l'hystérectomie vaginale.

On commence par ouvrir le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac antérieur et par décoller la vessie; on place les pinces à traction sur les parties latérales du col et on coupe le col longitudinalement. Au fur et à mesure qu'on incise l'utérus et que chaque moitié s'écarte vers les parties latérales, on constate que le corps utérin s'abaisse plus facilement; on achève le décollement et l'ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur, si ce n'est déjà fait; on rapproche de plus en plus les pinces à traction du fond de l'utérus qui plonge pour ainsi dire et vient de lui-même sous les ciseaux.

Le pincement ou la ligature des ligaments larges sont alors très faciles.

Il est intéressant de constater que toute cette section médiane s'opère sans qu'on ait à se préoccuper de l'hémostase. C. WALTHER.

The pedicle in hysterectomy, par STONE (*Amer. journ. of obst., décembre* 1891).

Après avoir rappelé les trois principales méthodes de traitement du pédicule dans l'hystérectomie, Stone donne les statistiques les plus récentes au sujet de chacune d'elles :

Par la fixation extra-péritonéale du pédicule, on obtient 82,75 guérisons sur 100.

Par la ventro-fixation, méthode mixte de Fritsch, qui consiste à suturer le péritoine pariétal à celui du pédicule et à faire le drainage, on a 75 guérisons sur 100.

Le traitement intra-péritonéal du pédicule donne 59,53 guérisons sur 100. CH. MAYGRIER.

Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Myofibrom und Carcinom in der Gebärmutter. (De l'existence simultanée de fibromyome et de cancer utérins), par EHRENDORFER (*Arch. für Gyn., XLII*, 2).

Ehrendorfer a eu l'occasion d'opérer par différentes méthodes quatre femmes chez lesquelles l'utérus était à la fois atteint de fibromes et de cancer; dans deux cas le cancer occupait le corps et dans les deux autres le col de l'organe. Il accompagne ses observations de remarques dont voici le résumé : L'existence simultanée dans le corps de l'utérus de fibro-myomes et de carcinome est plus fréquente qu'on ne l'a pensé jusqu'ici.

Quand on pratique l'hystéromyomectomie, on devra, avant le traitement du pédicule, rechercher avec soin si le corps utérin n'est pas

atteint de cancer. Quelques coupes faites dans la paroi de l'utérus permettront de reconnaître même à l'œil nu s'il existe quelque dégénérescence maligne.

Si on reconnaît cette simultanéité d'affections, on s'abstiendra d'établir un pédicule, et on fera l'ablation totale de l'utérus. Aucun mode de traitement du pédicule, surtout l'extra-péritonéal, même suivi de la cautérisation de la cavité de ce pédicule, ne pourrait, en cas de dégénérescence cancéreuse de la muqueuse utérine, mettre à l'abri d'une récidive.

Lorsque chez une femme atteinte de fibro-myome utérin il existe en même temps un écoulement fluide, ichoreux, de mauvaise odeur, des hémorragies abondantes accompagnées de douleurs, surtout à l'époque de la ménopause, on devra penser qu'il y a en même temps dégénérescence maligne de la muqueuse utérine. En pareil cas, un traitement purement symptomatique est bien moins recommandable que l'intervention opératoire. CH. MAYGRIER.

Der Eierstock bei Fibromyomata uteri (État des ovaires dans les fibro-myomes de l'utérus), par G. BULIUS (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XXIII*, 2).

Les recherches de Bulius ont porté sur 50 cas dans lesquels on a fait la castration ou l'amputation supra-vaginale pour fibromyomes de l'utérus. Dans tous ces cas, il a examiné avec soin les ovaires, afin d'établir l'état de ces organes chez les femmes atteintes de fibromes. Voici ces conclusions :

Dans le cas de fibro-myomes utérins, les ovaires sont toujours plus ou moins altérés. Macroscopiquement, on constate constamment leur augmentation, surtout en épaisseur. Ce fait provient soit de l'hypertrophie des follicules, soit d'une formation kystique, soit d'une hyperplasie conjonctive.

Au microscope, on constate surtout un épaississement du stroma de l'ovaire : il y a fréquemment une infiltration de petites cellules et toujours des altérations des vaisseaux ; ceux-ci ont leurs parois hypertrophiées, et sont parfois rétrécis et même obturés.

Quant à l'appareil folliculaire ses modifications consistent rarement en une dégénérescence micro-kystique, le plus souvent en une maturité précoce des follicules.

Presque toujours, il y a disparition prématurée du follicule primordial.

CH. MAYGRIER.

Ueber die Wirkung des constanten Stromes auf die Gebärmutter (De l'action du courant constant sur l'utérus), par L. PROCHOWNICK et F. SPÆTH (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XXII*, 1).

Les recherches de Prochownick et Spæth ont porté sur 14 utérus, 7 fois chez la femme vivante, dans des cas où on allait pratiquer l'hystérectomie, et 7 fois sur des utérus pris sur le cadavre. Ils ont fait usage de sondes en platine, en charbon et en cuivre : chez la femme vivante, ils ont appliqué sur le ventre l'électrode d'Apostoli ; pour les utérus enlevés, ils ont appliqué sur leur fond un électrode plat, fait d'étain, enveloppé de ouate.

L'intensité du courant a varié de 65 à 300 milliampères ; sa durée a été de 6 à 8 minutes sur le vivant, de 10 à 15 sur l'utérus mort. Dans

tous les cas, il y eut une production de gaz, mise en évidence par un bruit distinct et par l'issue d'un liquide spumeux hors de l'orifice externe.

L'action du courant constant a toujours été caustique; l'effet variait suivant le degré d'intensité du courant et sa durée. L'action de l'anode s'est montrée comparable à celle d'un acide ; l'action du cathode à celle d'un liquide alcalin. Les effets les plus marqués ont été obtenus avec la sonde de platine placée à l'anode ou au cathode, puis avec celle de charbon, enfin avec celle de cuivre. Sur l'utérus mort comme sur le vivant, il y a toujours eu destruction de la couche superficielle et coagulation du sang et de la lymphe dans les tissus plus profonds.

En résumé, le passage d'un courant continu à travers l'utérus amène de la nécrose avec coagulation.

L'intensité du courant et sa durée étant les mêmes, l'anode agit plus énergiquement que le cathode.

L'effet ultime de fréquentes applications de l'anode est la production d'un tissu cicatriciel sur la membrane muqueuse de l'utérus et la disparition de ses éléments épithéliaux. CH. MAYGRIER.

Der Prolaps der weiblichen Urethra (Prolapsus de l'urètre chez la femme), par L. KLEINWÄCHTER (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XXII*, 1).

Le prolapsus de l'urètre chez la femme est loin d'être aussi rare qu'on l'admet généralement.

Son étiologie est encore mal connue; toutefois l'âge joue un grand rôle dans sa production.

Ce sont les enfants qui en sont atteints le plus fréquemment, vraisemblablement en raison des conditions anatomiques spéciales de la vessie et de l'urètre chez eux. Après les enfants, mais bien moins fréquemment, viennent les femmes qui ont passé l'âge critique; la cause est ici l'involution sénile.

Les femmes qui sont dans la période active de la vie sexuelle ne sont que très rarement atteintes.

Le prolapsus urétral réclame un traitement variable, suivant l'endroit où siège la séparation de la muqueuse d'avec le tissu sous-jacent. Lorsque le prolapsus siège dans le segment antérieur de l'urètre, il suffit d'une opération simple, telle que l'ablation avec le bistouri ou les ciseaux et la suture des deux bords de la muqueuse divisée. Si la séparation de la muqueuse remonte plus profondément, et s'il y a réellement inversion avec prolapsus de cette muqueuse, le cas est plus grave : il faut ouvrir l'urèthre pour faire l'ablation *in situ* de toute la partie prolabée et suturer les bords de la plaie.

Quant à la ligature du prolapsus, elle est en contradiction avec toutes les règles de la chirurgie antiseptique. CH. MAYGRIER.

Ueber Veränderungen der Schleimhaut des Uterus bei Carcinom der Portio vaginalis (Modifications de la muqueuse utérine dans le cancer du col), par ELISCHER (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XXII*, 1).

Elischer s'est proposé, en examinant huit utérus cancéreux, de contrôler les assertions d'Abel et Landau qui admettent que dans le cancer du col la muqueuse subit une dégénérescence sarcomateuse.

Voici les conclusions qu'il tire de ses recherches. Dans le cancer du col, la muqueuse du corps subit des modifications pathologiques qui doivent être considérées ou comme des métastases, ou comme un processus inflammatoire chronique. L'auteur n'a jamais rencontré de production sarcomateuse dans la muqueuse, et il attribue l'opinion d'Abel et Landau à leur méthode de coloration qui a fait disparaître le fin tissu interstitiel qui sépare les cellules arrondies inter-glandulaires. Les modifications singulières que subit la muqueuse utérine sont un élément de diagnostic important qui justifie l'ablation précoce de l'utérus.

CH. MAYGRIER.

I. — **Tod nach Injection von Liquor ferri sesquichlorati in den Uterus (Mort après une injection de perchlorure de fer dans l'utérus), par H. PLETZER** (*Centr. f. Gyn.*, 18, 1892).

II. — **Kolik-und tetanusartiger Anfall... (Coliques et contractions tétaniques après une injection de teinture d'iode dans l'utérus), par GOERDES** (*Ibidem*, 25, 1892).

I. — Une femme de 32 ans entre à la clinique de gynécologie de Bonn pour une endométrite chronique avec rétroversion. Syphilitique ancienne, elle a eu 7 enfants, dont cinq mort-nés et deux qui n'ont vécu que quelques semaines.

On pratique le nettoyage et on le fait suivre d'une cautérisation à la teinture d'iode ; on place un pessaire de Hodge pour maintenir l'utérus redressé. Puis on fait les jours suivants des injections phéniquées intra-utérines suivies de nouvelles cautérisations iodées. Une période menstruelle vient interrompre le traitement qui est repris après la cessation des règles. Mais, un jour, après une cautérisation, la malade a une hémorragie abondante. Cette perte se renouvelant après chaque séance du traitement, on décide de faire dans l'utérus une injection de perchlorure de fer.

Cette injection est poussée très prudemment avec la seringue de Braun: on injecte goutte à goutte deux grammes du liquide ; avant et après, injection phéniquée. Pendant l'injection de perchlorure, la malade ressent une vive douleur. Puis, très rapidement, tout le ventre devient d'une sensibilité extrême ; la femme est livide, le pouls, petit, est très fréquent ; la respiration est stertoreuse. Malgré les injections sous-cutanées d'éther, la glace sur le ventre, l'emploi de l'électricité, de la respiration artificielle, etc., la malade succombe en 2 heures 1/4.

La nécropsie a fait découvrir un caillot brunâtre dans la veine iliaque-interne : les parois de cette veine étaient colorées en brun. Dans l'utérus, on a trouvé une petite fissure de la muqueuse et de la musculeuse de 1^{cm}, 1/2 de long sur 1/2 centimètre de profondeur. Les veines partant de ce point étaient remplies de petits caillots ; tout autour il y avait une coloration brune des tissus.

Il y a eu évidemment pénétration du perchlorure de fer dans les veines, au niveau de la perte de substance utérine : cette lésion de l'utérus devait s'être produite au cours du traitement, et avait été le point de départ des hémorragies qui ont nécessité l'emploi du perchlorure de fer.

II. — Femme de 27 ans ; d'une bonne constitution, mais stérile, métrite chronique, caractérisée par des règles douloureuses, très abondantes, un écoulement blanc persistant. Elle a été traitée avec succès par des cautérisations au chlorure de zinc, et des injections intra-utérines : mais il y a eu récidive. Gördes pratique le curetage. Six jours après survient une hémor-

ragie. On fait alors, avec la seringue de Braun, une injection intra-utérine de 0,5 de teinture d'iode. Immédiatement la femme ressent une vive douleur, qui va en croissant et devient insupportable. Elle est prise d'une anxiété très grande ; le visage est pâle, altéré ; il y a de la dyspnée ; le pouls, à peine perceptible, est à 120. Puis surviennent des spasmes généralisés : la mâchoire inférieure se contracture, la parole est difficile ; le corps entier offre une raideur tétanique. L'index et le médius des deux mains sont en extension forcée, le pouce étant enfoncé dans la paume de la main. La connaissance persiste, normale. Cet état grave se dissipe peu à peu sous l'influence d'une piqûre de morphine de 1 centigramme. On voit disparaître successivement la tension des doigts, la raideur du corps, enfin la contracture de la mâchoire ; la dyspnée cesse ; tout le reste rentre dans l'ordre. Le lendemain, l'urine contient une grande quantité d'albumine.

L'auteur pense que cette attaque de contracture a été produite par une action réflexe consécutive à la douleur insupportable causée par l'injection iodée. CH. MAYGRIER.

Die Wanderung des menschlichen Eies (De la migration de l'ovule), par HASSE (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., XXII*, 2).

Hasse explique ainsi la migration de l'ovule : le pavillon de la trompe enveloppe l'ovaire correspondant de façon à l'isoler complètement de la cavité abdominale : les cils vibratiles des franges du pavillon plongent dans l'espace capillaire ainsi formé et dirigent à la fois la sérosité qui y est contenue et l'ovule vers l'*ostium abdominale* de la trompe.

La migration d'un ovule à la trompe du côté opposé s'explique par ce fait que les deux pavillons peuvent se juxtaposer en arrière de l'utérus pour embrasser à la fois les deux ovaires, en sorte qu'il n'y a plus qu'un seul espace tubo-ovarique.

Dès lors, l'œuf sera entraîné vers celle des trompes dont les cils vibratiles auront les mouvements les plus actifs.

Si l'adaptation en forme de sac de la trompe à l'ovaire n'a pas lieu, l'œuf peut tomber dans la cavité abdominale, et s'il a été fécondé, il y aura production d'une grossesse abdominale. CH. MAYGRIER.

Entwickelung und Rückbildung der Decidua (Développement et régression de caduque), par G. KLEIN (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., XXII*, 2).

L'épithélium superficiel et glandulaire de la muqueuse utérine devient cubique, puis plat et semblable à un endothélium, pendant la grossesse aussi bien extra qu'intra-utérine ; les cellules sont disposées sur une seule rangée. L'épithélium de la trompe subit les mêmes modifications ans la grossesse tubaire.

L'apparition simultanée des cellules de la caduque et des modifications de l'épithélium glandulaire permet de conclure très vraisemblablement à une grossesse. Toutefois, on n'a encore trouvé dans les muqueuses utérine et tubaire aucun caractère qui puisse autoriser une affirmation absolue à cet égard (à part, bien entendu, les éléments de provenance fœtale, tels que les villosités choriales).

Ce n'est pas par le fait de la compression que l'épithélium s'atrophie; mais bien par suite d'une modification dans la nutrition et l'activité des cellules.

Les cellules de la caduque peuvent s'observer en dehors de la gros-

sesse (Ruge, Leopold, Overlach); c'est pourquoi leur présence n'est pas suffisante pour le diagnostic de celle-ci. Ces cellules sont de provenance conjonctive et nullement épithéliale.

Il y a deux formes de régression de la caduque.

La première s'observe dans les accouchements normaux. Après expulsion de la plus grande partie de la caduque, c'est aux dépens de sa couche la plus profonde que se développe une muqueuse nouvelle.

Dans la seconde forme de régression, qui est spéciale aux avortements des premiers mois, la caduque vraie ne se détache pas et elle se transforme sur place en muqueuse. Cette régression est complète en 4 à 6 semaines.

A la fin de la grossesse, la caduque est envahie surtout par un processus de nécrose. La dégénérescence graisseuse ne s'y observe qu'à un très faible degré; cependant dans certaines conditions pathologiques, cette dernière peut être considérable.

C'est à ces modifications ultimes de la caduque normale à la fin de la gestation, comme aussi à la dégénérescence graisseuse pathologique du placenta, qu'il faut attribuer la cause de l'accouchement.

CH. MAYGRIER.

Beitrag zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Portio vaginalis uteri, par DUHRSSEN (*Arch. für Gyn.*, *XLI*, 1 et 2).

Le museau de tanche ou *portio* est formé de deux segments d'égale grosseur, l'un périphérique, l'autre central, aboutissant tous deux à la muqueuse cervicale.

Le segment périphérique se distingue anatomiquement du central par la prédominance du tissu conjonctif sur le tissu musculaire et par sa richesse en fibres élastiques. Ces fibres élastiques forment un réseau superficiel sous-épithélial qui arrive jusqu'à la muqueuse, et un réseau profond qui entoure les vaisseaux; ces deux réseaux communiquent entre eux et avec les fibres élastiques du vagin.

Cette disposition anatomique permet au col de se dilater pendant le travail par une sorte de dédoublement; le segment central restant avec l'utérus; le segment périphérique se confondant complètement avec le vagin. Deux facteurs concourent à opérer ce dédoublement : les tractions exercées sur les fibres musculaires de haut en bas, et la pression de la poche des eaux.

Chez les nouveau-nés, comme chez les vieilles femmes, le réseau élastique profond manque; il est incomplètement développé chez les nullipares. Chez les primipares âgées la rigidité du col et la difficulté de la dilatation tiennent à un manque de fibres élastiques profondes. Dans ces cas, il est irrationnel de chercher à dilater le artificiellement le col. On devra faire des incisions profondes sur le col. Par suite de la richesse de la *portio* en fibres élastiques, il arrive qu'après l'amputation du col, il se produit une déformation des lèvres qui favorise la paramétrite de la lèvre postérieure.

L'extension du cancer de la *portio* au tissu paracervical tient à la présence des fibres élastiques dans le segment périphérique.

Puisque les fibres élastiques manquent autour des glandes du canal cervical, mais qu'elles existent au-dessous de l'épithélium plat, cette dis-

position permet de décider, par l'examen microscopique des glandes, si une érosion appartient à la muqueuse cervicale (ectropion) ou si elle provient de l'épithélium plat (*érosion* de Ruge et Veit). CH. MAYGRIER.

Ueber die Einwirkung des Chloroforms auf den normalen Geburtsverlauf... (De l'action du chloroforme sur la marche de l'accouchement), par DÖNHOFF (*Arch. für Gyn.*, *XLII*, 2).

A la suite d'expériences faites sur 8 femmes en travail pour rechercher l'action du chloroforme sur la marche de l'accouchement, Dönhoff pose les conclusions suivantes :

Le chloroforme à dose analgésique amène un affaiblissement dans les contractions utérines, comme le prouve le tocodynamomètre; la force des contractions diminue environ de moitié. Sous l'action prolongée de l'anesthésique, la pression utérine décroît d'une façon constante. Lorsque la narcose est légère, les contractions deviennent irrégulières, aussi bien par l'intervalle qui les sépare que par leur intensité; lorsque la narcose est profonde, les pauses entre les douleurs sont égales, et les contractions sont également faibles.

Après la narcose, il se produit un réveil rapide des contractions utérines; leur force augmente d'un tiers environ. Toutefois elles restent assez longtemps encore moins énergiques qu'avant l'anesthésie.

La pression abdominale, si elle était préalablement modérée, cesse complètement pendant l'anesthésie légère. Elle reparaît avec la même intensité après la cessation du chloroforme. Les efforts abdominaux n'apparaissent pas pendant la narcose, alors même que la période de dilatation est terminée. Quand ces efforts étaient très vigoureux avant l'administration du chloroforme, ils persistent pendant la demi-anesthésie, mais sont moins énergiques; ils disparaissent complètement dans l'anesthésie profonde. CH. MAYGRIER.

Untersuchungen über Hämoglobingehalt... (Hémoglobine et nombre d'hématies à la fin de la grossesse et pendant les couches), par BERNHARD (*Münch. med. Woch.*, *nos* 12 *et* 13, *p.* 197 *et* 220, 1892).

La moyenne pour des ouvrières non enceintes est, pour le nombre des globules rouges de 4,458,000, pour l'hémoglobine de 80,25 0/0. Chez les femmes grosses elles sont respectivement de 4,494,000 et 80,2 0/0. Ces valeurs subissent à la fin de la grossesse une augmentation qui peut être estimée à 2,5 0/0 pour l'hémoglobine et à 140,000 pour les globules rouges. La grossesse exerce une action anémiante chez les sujets débiles, elle augmente chez les robustes la valeur du sang. Au moment de l'acccouchement, hémoglobine et hématies diminuent surtout en raison des pertes de sang de la délivrance; ensuite survient une augmentation et les chiffres restent stationnaires à partir du dixième jour en moyenne. D'une façon concrète on trouve en moyenne : le dernier jour de la grossesse 82,9 d'hémoglobine et 4,674,000 globules rouges. Après l'accouchement, 76, 8 d'hémoglobine et 4,362,000 globules rouges; le jour de la sortie 81,6 d'hémoglobine et 4,615,000 globules rouges. Il est possible que cette valeur exagérée soit due à ce que l'exagération de la rénovation sanguine, physiologique pendant la grossesse, continue pendant les premiers jours après l'accouchement. C. LUZET.

Ueber subakute Endometritis in der letzten Zeit der Schwangerschaft (De l'endométrite subaiguë dans les derniers mois de la grossesse), par LOEHLEIN (*Centr. für Gyn.*, 11, 1892).

On sait que l'endométrite qui coïncide avec les premiers mois de la grossesse détermine le plus souvent l'avortement. Elle donne lieu à des hémorragies fréquentes, à des foyers hémorragiques dans l'œuf, etc.

L'endométrite des derniers mois a surtout attiré l'attention des accoucheurs depuis une vingtaine d'années. Anatomiquement, elle se caractérise par des modifications du placenta et de la caduque; cliniquement, par un accouchement souvent prématuré, par les complications de la délivrance, telles que rétention des membranes, hémorragies, etc.

Löhlein s'élève surtout contre l'erreur qui consiste à confondre l'endométrite de la fin de la grossesse avec ce qu'on a appelé le rhumatisme utérin. Il rapporte comme typique l'observation suivante : l'existence de la fièvre et des douleurs, sans autres phénomènes caractéristiques, la difficulté de la délivrance, sont pour lui des signes indubitables d'endométrite.

Femme de 46 ans, ayant eu 9 accouchements et une fausse couche; à la suite de cette dernière, endométrite; curetage, guérison. Survient une dixième grossesse, qui évolue normalement jusqu'à la fin du huitième mois. A ce moment apparaissent des douleurs, présentant le caractère de concentrations utérines douloureuses, siégeant à droite et à gauche dans le ventre et s'irradiant vers les cuisses et les hypochondres.

Elle entre à la clinique de Giessen où, croyant à un accouchement imminent, on la place dans la salle de travail. Là on constate qu'elle a le pouls fréquent, 98, et une température de 38° 7. L'utérus est très douloureux à la pression, le col est entr'ouvert, et pendant les douleurs, les membranes se tendent. Mais le travail ne progresse nullement, et les douleurs sont très espacées. La femme reste ainsi toute une semaine, et pendant ce temps, elle a une fièvre rémittente : 37,8 le matin, 38,5 le soir, le pouls oscillant entre 84 et 100. Il n'existait aucune autre manifestation organique, sauf des envies fréquentes d'uriner et de la douleur à la miction. Les douleurs persistant, l'appétit et le sommeil faisant défaut, Löhlein se proposait de mettre fin à cet état, qui n'était qu'incomplètement soulagé par des injections chaudes et des narcotiques, en hâtant l'accouchement, lorsque le travail survint brusquement; l'accouchement se termina spontanément par la naissance d'une fille de 2,550 grammes. La délivrance se fit attendre 9 heures; on dut, au bout de ce temps, faire l'extraction manuelle du placenta qui était adhérent en totalité; il pesait 700 grammes, ne présentait aucune lésion, aucun infarctus.

Pendant les suites de couches, la température devint absolument normale, les douleurs disparurent. L'appétit et le sommeil reparurent, la femme nourrit son enfant. Elle quitta la clinique au bout de 16 jours : l'utérus était encore un peu gros, manifestement en latéroversion droite, nullement douloureux. CH. MAYGRIER.

Beitrag zur Behandlung des Portiocarcinoms ams Ende des Schangerschaft (Traitement du cancer du col à la fin de la grossesse), par Hans MOELLER (*Centr. für Gyn.*, 6, 1892).

Lorsqu'une femme atteinte de cancer du col dans sa portion vaginale commence une grossesse, le traitement indiqué est de faire soit une

amputation élevée, soit l'extirpation totale de l'utérus; car on ne doit tenir compte alors que de la vie de la mère.

Quant à la conduite à tenir à la fin de la grossesse, elle est envisagée différemment par les auteurs.

Il faut établir deux catégories de faits.

Dans la première, le cancer a envahi les organes voisins; il est inopérable. S'il s'agit d'une forme squirrheuse, il faut sauver la vie de l'enfant et faire la section césarienne par la méthode de Porro. S'il s'agit de masses molles, fongueuses, on peut les râcler, les enlever en partie, désinfecter le mieux possible, et appliquer au plus tôt le forceps.

Dans la seconde catégorie, sont les cas où le cancer n'a pas envahi le pourtour du col.

Les auteurs sont d'accord ici pour préconiser une large ablation des parties malades avant l'accouchement, sauf à faire l'extirpation totale quelques semaines plus tard. Mais en procédant ainsi on n'est pas sûr d'avoir un enfant vivant et d'éviter des suites de couches fébriles.

Aussi Spencer Wells et Zweiffel ont-il proposé l'ablation totale par la laparotomie pendant la grossesse; ils l'ont tentée avec succès au sixième mois.

Dans trois autres cas, Bischoff et Schrœder ont pratiqué à la fin de la grossesse l'opération césarienne, et l'ont fait suivre de l'ablation totale. Ils ont eu trois insuccès. Cette méthode cependant est très plausible. L'auteur rapporte un cas où Fritsch de Breslau l'a adoptée et a pu sauver la mère et l'enfant :

Il s'agissait d'une femme de 35 ans, ayant eu 6 accouchements antérieurs normaux. Après sa sixième délivrance, elle fut prise de douleurs dans le bas-ventre, d'hémorragies, etc. Elle redevint enceinte une septième fois. On constata alors l'existence d'un col dur, anfractueux, manifestement cancéreux; peu d'extension au voisinage. A la fin de la grossesse, l'enfant vivant se présentait par le sommet. L'accouchement par les voies naturelles fut jugé trop dangereux pour la mère et pour l'enfant, et on pratiqua l'opération césarienne; puis on fit l'ablation totale de l'utérus par la méthode de Freund.

L'enfant extrait pesait 3,000 grammes et s'éleva bien.

La mère guérit et quitta la clinique au bout de deux mois. CH. MAYGRIER.

Ueber Leukœmie und Schwangerschaft (Leucémie et grossesse), par LAUBENBURG (*Arch. für Gyn., XL*, 3).

Laubenburg rapporte l'observation d'une femme atteinte depuis plusieurs années de leucémie, ayant eu trois avortements, et qu'il a pu suivre pendant une quatrième grossesse. La maladie fut singulièrement aggravée par cette nouvelle gestation. Très pâle et très affaiblie, albuminurique, la malade expulsa au cinquième mois un fœtus macéré, et succomba quelques jours après aux progrès de la leucémie.

L'auteur termine son travail par les considérations suivantes :

La leucémie est parfois intimement liée aux troubles de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. La grossesse peut être interrompue par la leucémie. La leucémie est aggravée par la grossesse. Le pronostic de la grossesse compliquée de leucémie et de l'accouchement peut devenir très grave... On est quelquefois obligé de provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. CH. MAYGRIER.

Histologische Untersuchungen über die puerperale Endometritis (Recherches histologiques sur l'endométrite puerpérale), par BUMM (*Arch. f. Gyn., XL*, 3).

Les recherches de Bumm ont porté sur les utérus de cinq femmes mortes de fièvre puerpérale. Constamment, il a trouvé que l'endomètre était le point de départ de l'infection qui de l'utérus s'est répandue dans l'organisme par la voie des veines ou des lymphatiques.

L'endométrite puerpérale est donc d'une importance capitale au point de vue de l'infection. Bumm en admet, avec Kehrer, deux variétés : l'endométrite putride et l'endométrite septique.

L'endométrite putride est surtout caractérisée par la présence d'organismes saprophytiques. Mais souvent aussi on rencontre dans la muqueuse utérine d'autres microbes, tels que le streptocoque, ce qui indique simplement que la forme putride isolée est rare et qu'elle se combine souvent avec la forme septique, comme l'auteur l'a observé 8 fois sur onze cas.

Au point de vue histologique, l'endométrite putride présente les lésions suivantes : la couche superficielle de la caduque est remplie de microorganismes et son tissu est nécrosé. Puis vient une zone d'infiltration cellulaire qui s'arrête à la musculeuse; les cellules sont rondes, petites, semblables à des leucocytes ; on ne trouve pas de microbes dans cette zone. Cette infiltration peut être considérée comme le résultat de la réaction de l'organisme contre l'envahissement des microbes ; c'est une barrière élevée entre eux et les tissus sains.

Dans l'endométrite septique, la muqueuse ne présente, en général, pas de modifications très apparentes à l'œil nu ; parfois cependant sa couche superficielle est jaunâtre, et recouverte de pus : elle peut être aussi couverte d'un enduit pseudo-membraneux, ou bien elle est gangrénée ; ce sont les variétés purulente, pseudo-membraneuse, gangréneuse.

Les microbes qu'on rencontre dans l'endométrite septique sont habituellement le streptocoque, quelquefois le staphylocoque. Bumm a vu deux cas où il n'y avait que des staphylocoques.

Cette endométrite peut rester localisée ou être suivie d'infection générale.

Dans le premier cas, les microbes ne franchissent pas la couche granuleuse de la caduque, et restent cantonnés à la surface.

Dans le second cas, les microorganismes envahissent la muqueuse et la musculeuse. On trouve des colonies dans les lymphatiques ou dans les veines, suivant la voie suivie par l'infection.

Quant à la cause qui préside à la localisation ou à la généralisation de l'infection, il faut la rechercher non dans le nombre, mais dans la virulence des germes. Quand la virulence est extrême, l'organisme n'a pas le temps de réagir, et les microbes envahissent rapidement tout le tissu utérin.

CH. MAYGRIER.

Ueber einige Unterschiede zwischen eineiigen und zweieiigen Zwillingen (Des différences des jumeaux contenus dans un seul œuf ou dans deux œufs distincts), par RUMPE (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., XXII*, 2).

Les jumeaux peuvent être contenus chacun dans un œuf distinct, avec

chorion, amnios et placenta séparés : leur circulation est indépendante. Ils sont plus rarement contenus dans un même œuf : c'est-à-dire qu'il y a un chorion et un placenta communs : les deux circulations communiquent alors entre elles ; quant à l'amnios, il est ordinairement double ; quelquefois cependant il est unique. Rumpe a fait à la Maternité de Marbourg des recherches sur les différences que présentent les jumeaux dans ces deux conditions.

Au point de vue du sexe, lorsqu'il y a deux poches distinctes, il y a prédominance de garçons. Les jumeaux ainsi séparés s'observent surtout chez les multipares, entre 26 et 30 ans.

Quand les fœtus sont contenus dans un œuf unique, ils sont moins bien développés, ce qui tient à leur nutrition plus imparfaite par un placenta commun.

Les différences de poids entre les fœtus sont plus grandes quand ils occupent la même poche que quand ils sont dans deux œufs séparés.

Lorsqu'il n'y a qu'une poche, c'est généralement le jumeau le plus gros qui naît le premier, le plus souvent en présentation du sommet ; avec deux poches, ce fait est loin d'être aussi fréquent.

Les jumeaux contenus dans un seul œuf sont bien plus souvent expulsés prématurément, soit par un avortement, soit par un accouchement prématuré. Ils sont aussi beaucoup plus fréquemment atteints de malformations.

D'après ces remarques, l'auteur est disposé à considérer l'existence d'une poche unique pour deux jumeaux comme un processus d'ordre pathologique ; la formation de deux poches distinctes est au contraire un phénomène d'hyperplasie d'ordre normal. CH. MAYGRIER.

A case of puerperal peritonitis treated by amputation of the uterus; recovery, par A. L. SMITH (*Amer. Journ. of obst.*, *janvier* 1892).

Femme de 25 ans secondipare, prise immédiatement après l'accouchement de phénomènes syncopaux graves. Délivrance incomplète, faite artificiellement par une sage-femme : des cotylédons restent dans l'utérus. Malgré les soins antiseptiques prescrits par Smith, une péritonite aiguë se déclare. Après avoir hésité entre le nettoyage et la laparotomie, l'auteur, en présence de l'état extrêmement grave de l'accouchée, se décide à cette dernière intervention. Il ne trouve de pus ni dans le péritoine, ni dans les annexes. Les anses intestinales sont seulement rouges et congestionnées. L'utérus étant évidemment le foyer septique d'où est partie l'infection, il en fait l'ablation. On trouve dans la cavité de cet organe, des débris placentaires très adhérents, et un liquide semi-purulent qui s'écoulait des sinus ; les parois étaient molles et friables. L'opérée guérit rapidement.

Ce fait suggère à l'auteur les réflexions suivantes : Pendant les suites de couches, la température doit être prise avec soin, et si elle s'élève un peu, on doit prescrire des injections vaginales de permanganate de potasse ; si la fièvre augmente, les injections devront être faites dans l'utérus. Si il n'y a aucune amélioration au bout de 24 heures, on grattera l'utérus avec le doigt ou la curette, on le badigeonnera avec de la teinture d'iode, et on tamponnera avec la gaze iodoformée.

Enfin si la situation s'aggrave et s'il se déclare une péritonite, on aura recours à une incision exploratrice, et si l'utérus seul peut être incriminé comme cause des accidents, on en fera l'ablation. CH. MAYGRIER.

Traitement de la septicémie puerpérale grave par la provocation d'abcès hypodermiques, par THIERRY (*Normandie méd.*, 1er *mai* 1892).

Ce fait concerne une jeune femme, qui, à la suite d'un accouchement normal, offrit les symptômes ordinaires de la septicémie. Malgré un curetage pratiqué au bout de 4 jours, les accidents ne s'amendèrent pas; on lui fit alors cinq injections hypodermiques de 1 centimèt. cube d'essence de térébenthine en deux jours. Chaque injection fut suivie d'un abcès; après la troisième, il y eut une amélioration et après la cinquième, guérison.

L'auteur, qui a observé une dizaine de cas semblables, ne conseille ce traitement que dans les formes graves de la scepticémie puerpérale : la forme hypertoxique et la forme ataxo-adynamique.

Les injections, qui doivent être faites dans le tissu cellulaire hypodermique sans prendre aucune précaution antiseptique, doivent être renouvelées plusieurs jours de suite et de bonne heure, pour provoquer la suppuration, à laquelle il faut donner jour rapidement. 4 à 9 injections sont parfois nécessaires. L'action de ces abcès critiques provoqués doit être assimilée à celle qui se produit dans les cas d'abcès spontanés, suivis de guérison, comme on l'a parfois noté en pareille circonstance.

OZENNE.

Ueber vorzeitize Lösung der Placenta bei normalem Sitze (Du décollement prématuré du placenta normalement inséré), par GRÆFE (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XXIII*, 2).

Græfe a observé un cas de décollement prématuré du placenta. C'est au niveau d'un lobe erratique qu'a eu lieu la séparation; en ce point existaient des caillots anciens, et la surface du placenta était notablement déprimée. La cause de cet accident a été trouvée dans la brièveté du cordon qui ne mesurait que 31 centimètres.

L'auteur part de ce fait pour décrire l'histoire clinique de ces décollements. A propos du traitement, il agite la question si débattue de l'accouchement forcé. Pour lui, la conduite à tenir doit être subordonnée à la gravité de l'hémorragie et à l'état général de la mère. Quant à la vie de l'enfant, elle est souvent rapidement compromise, et on ne doit guère compter avec elle.

Dans les cas où les accidents ne sont pas menaçants pour la vie, on peut attendre. Mais faut-il rompre les membranes, comme le conseille Goodell? N'y a-t-il pas lieu de craindre de favoriser ainsi une hémorragie interne? L'auteur estime qu'on ne doit rompre les membranes que si l'utérus est en état de contractions actives et soutenues, et si le travail marche régulièrement et rapidement. Quand la poche des eaux est intacte, on peut pratiquer le tamponnement; mais il faut surveiller attentivement la femme, car elle n'est pas à l'abri d'une hémorragie interne.

Si les accidents sont très graves, si la vie de la femme est en jeu, il n'y a pas à hésiter. On essayera de pratiquer l'accouchement forcé, habituellement assez facile chez les multipares; une fois le col dilaté, on extraiera rapidement l'enfant. Mais si le col est fermé, résistant, on n'aura d'autre ressource que dans l'opération césarienne. CH. MAYGRIER.

Zur hohen Zangenoperationen (Applications de forceps sur la tête élevée), par par **J. FUETH** (*Centr. f. Gyn.*, 14, 1892).

Füth rapporte qu'un jour, faisant une application avec le forceps de Nægelé sur la tête peu engagée d'un jumeau à terme, chez une primipare, et ne pouvant réussir à entraîner cette tête, il eut recours au procédé suivant. Il fit les tractions avec une seule main, pendant qu'avec l'autre il exerçait une pression forte sur la tête fœtale, à travers les parois abdominales. Il parvint ainsi à terminer rapidement l'accouchement.

Il a répété cette manœuvre si simple sur le mannequin et elle lui a donné de bons résultats. Aussi la recommande-t-il pour tous les cas où la tête étant élevée, on ne peut l'engager avec le forceps; il pense qu'on pourra ainsi éviter souvent d'en arriver à faire la perforation du crâne sur un enfant vivant. CH. MAYGRIER.

Ueber die Ætiologie der puerperalen Eklampsie, par **GERDES** (*Münch. med. Woch.*, 22, *p.* 383, 1892).

L'auteur a retrouvé dans les organes et dans le sang d'une éclamptique puerpérale, un bacille de 1/3 μ sur 1/2 μ, très abondant, croissant sur gélatine en la liquéfiant et provoquant chez le rat des convulsions suivies de coma ; il est très pathogène pour cet animal, ainsi que chez la souris, moins chez le cobaye, le lapin très peu chez le pigeon. L'auteur croit à l'origine infectieuse d'au moins tous les cas mortels d'éclampsie.

C. LUZET.

Pathogénie de l'éclampsie puerpérale fondée sur sa nature microbienne, par **COMBEMALE et BUÉ** (*Bull. méd. du Nord*, *n°* 12, *p.* 273, 182).

Dans cinq cas d'éclampsie puerpérale les auteurs ont rencontré dans le sang des malades un staphylococcus (aureus, albus et citreus). Ils en concluent que le staphylocoque peut produire l'éclampsie non par lui-même mais par des toxines épileptisantes accumulées dans le sang.

LEFLAIVE.

Ueber das anatomische Verhalten der Nieren bei der puerperalen Eklampsie (De l'état des reins dans l'éclampsie puerpérale), par **W. PRUTZ** (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XXIII*, 1).

Ce travail est basé sur l'examen microscopique des reins de 22 femmes mortes d'éclampsie. Prutz a groupé tous ces cas suivant l'intensité des lésions observées. Tantôt, en effet, les altérations rénales ont été très profondes : il existait des lésions inflammatoires aiguës et chroniques considérables. Tantôt les altérations étaient bien moins prononcées; parfois à peine évidentes. Dans 3 cas, l'affection rénale était très accentuée, mais elle était sous la dépendance d'une endocardite, d'une septicémie puerpérale, d'une intoxication par le sublimé.

Un fait important à noter, c'est que, dans aucun cas, on n'a trouvé de micro-organismes dans le rein.

Au point de vue clinique, l'auteur a noté que la gravité des cas ne correspondait pas avec la gravité des lésions rénales, et que l'éclampsie, par exemple, était restée légère, malgré une altération profonde du rein.

Aussi pense-t-il que la plupart des cas d'éclampsie ne peuvent s'expliquer étiologiquement par les modifications des reins. Ces modifications ont été, en effet, parfois si minimes qu'elles n'auraient pu amener de l'urémie chez une malade non enceinte. Or, il est bien difficile d'admettre que ces mêmes lésions, insuffisantes pour déterminer l'urémie, aient pu produire l'éclampsie. CH. MAYGRIER.

Albuminuria of pregnancy (grossesse) treated by internal administration of chloroform, par Milton DUFF (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 18 *juin* 1892).

Chez cinq malades présentant de l'albumine dans l'urine, avec des convulsions, ou de l'œdème des jambes, ou du coma, Duff a prescrit le chloroforme à l'intérieur, à la dose de 75 centigrammes; chez quelques malades cette dose fut prise plusieurs fois, à une heure d'intervalle. Tous ces cas se sont terminés heureusement, et l'albumine a disparu après l'accouchement. Une malade paraît cependant avoir été influencée fâcheusement par le traitement. En aucun des cas, le travail ne fut provoqué. La différence des résultats obtenus, heureux, nuls ou nuisibles, est peut-être causée par la différence de la cause de l'albuminurie gravidique. Ainsi, dans l'albuminurie du mal de Bright le chloroforme, prescrit à neuf malades, a dans tous les cas aggravé leur état. MAUBRAC.

Zur Casuistik der supravaginalen Amputation des schwangeren myomatös-degenerirten Uterus (De l'amputation supra-vaginale de l'utérus gravide myomateux), par HAUSER (*Arch. für Gyn.*, *XLI*, 1 *et* 2).

Une femme de 36 ans, primipare, se présente à la Maternité de Zurich dans les conditions suivantes: le ventre, très volumineux, a une circonférence de 89 centimètres; il est rempli par une tumeur énorme, bosselée, qui remonte au dessus de l'ombilic. Il existe en même temps des signes de grossesse au début. La tumeur s'accroissant avec rapidité et la vie de la femme étant menacée, Wyder se décide à intervenir et pratique la laparotomie. Il trouve un utérus énorme rempli de fibromes et fait l'amputation sus-vaginale. La cavité utérine contenait un embryon de 3 mois. Guérison rapide de la mère.

Hauser fait remarquer que l'opération, pratiquée dans ces circonstances, n'est pas une opération de Porro, puisque le fœtus n'est pas viable. Or, cette amputation supravaginale a été faite plusieurs fois pendant la grossesse. L'auteur en a réuni 24 cas en y comprenant le fait précédent. 15 femmes ont guéri, 9 ont succombé : mortalité, 37,5 0/0. Dans ces interventions, c'est le traitement extra-péritonéal du pédicule qui a donné les meilleurs résultats (28,6 0/0 de mortalité); l'abandon du pédicule dans l'abdomen a fourni, au contraire, une mortalité de 50 0/0.

Les indications de cette opération résident dans l'accroissement considérable des tumeurs pendant la grossesse, les complications inflammatoires qui peuvent les atteindre, l'impossibilité d'énucléer les fibromes sans ouvrir l'utérus, enfin dans l'état grave de la femme, dont la vie est en danger. CH. MAYGRIER.

Myomotomie in der Schwangerschaft (Myomotomie pendant la grossesse), par N. FLAISCHLEN (*Centr. für Gyn.*, 10, 1892).

Une femme de 31 ans, primipare, se présente à l'examen de Flaischlen, se plaignant de douleurs abdominales. Il reconnaît l'existence d'une grossesse

de trois mois, mais constate en outre, à gauche et en arrière de l'utérus, la présence d'une tumeur arrondie, du volume d'une tête d'enfant, dure, mobile, manifestement reliée à la paroi utérine par un pédicule. Le diagnostic resta d'abord hésitant entre une tumeur ovarique solide, peut-être maligne, et un fibrome; pourtant, après un examen sous le chloroforme, on conclut à une tumeur de l'ovaire.

Laparotomie à trois mois et demi de grossesse. On tombe sur deux fibromes: l'un, le plus gros, est relié à la face postérieure de la corne gauche de l'utérus par un long pédicule; c'est celui qui a été pris pour une tumeur ovarique. L'autre a une base large et est implanté à gauche et en avant sur l'utérus. On fait la ligature et l'ablation du premier; le second est énucléé, et sa cavité suturée au catgut; le péritoine est fermé avec des sutures de soie fine.

Pas de réaction fébrile : la grossesse suit son cours normal. La femme accouche à terme d'un garçon vivant et bien développé. Les premiers jours des suites de couches se passèrent sans incidents; mais il y eut de l'infection tardive, et une paramétrite grave retint longtemps la malade au lit. Elle guérit complètement, et un examen ultérieur montra que son utérus était antéfléchi, absolument normal, que tout exsudat avait disparu, et que les annexes étaient parfaitement saines. CH. MAYGRIER.

Ein Fall von Kaiserschnitt nach Porro mit retroperitonealer Stielversurgung (Opération de Porro avec traitement rétro-péritonéal du pédicule), par H. v. WŒRZ (*Centr. für Gyn.*, 5, 1892).

Une femme de 36 ans entre à la clinique de Chrobak, enceinte pour la 5e fois. Ses deux premières grossesses ont été normales ; à la 3e, et surtout à la 4e, elle a vivement souffert de douleurs dans les reins, les membres inférieurs, et elle a présenté des signes d'ostéomalacie : abaissement de la taille, difficulté de la marche, etc. A cette cinquième grossesse, la maladie, qui s'était améliorée, reparaît très intense. Après examen, le diamètre bi-ischiatique ne mesurant que 5 c. 1/2, il est convenu qu'on pratiquera la section césarienne.

Chrobak fait l'opération de Porro à terme, extrait un garçon vivant et traite le pédicule d'après le procédé qu'il a décrit sous le nom de rétro-péritonéal. La malade a guéri rapidement et l'ostéomalacie s'est considérablement améliorée.

La méthode rétro-péritonéale consiste essentiellement dans les détails suivants. Deux lambeaux de péritoine sont préalablement disséqués sur les deux faces de l'utérus jusqu'aux insertions du vagin et rabattus. Après ablation de l'utérus au niveau du col, le moignon du col, ou pédicule, est cautérisé avec le Paquelin; une mèche iodoformée est introduite dans sa cavité et poussée vers le vagin. Puis les deux lèvres de l'ouverture du péritoine sont unies l'une à l'autre, au-dessus du col, avec de la soie fine, par une suture séro-séreuse.

Les avantages de cette manière d'opérer sont les suivants : la cavité vaginale reste fermée et la possibilité d'une infection de la plaie par le vagin disparaît; il y a un drainage établi entre l'espace sous-péritonéal et le vagin au moyen de la mèche de gaze. L'opération est plus courte et l'opérée garde son col, ce qui est précieux pour conserver aux parties génitales leur résistance et pour leur épargner des lésions ultérieures.

CH. MAYGRIER.

Repeated Cœsarean section with a report of three new cases (Répétition de l'opération césarienne ; trois observations nouvelles), par J. ROSENBERG (*Amer. Journ. of obst., octobre* 1891).

Trois opérations césariennes ont été pratiquées à la Maternité de Dresde dans l'espace de sept semaines chez des femmes qui avaient déjà subi antérieurement cette opération.

1° Secondipare de 29 ans, à terme, en travail. Opérée une première fois en 1886. Bassin rachitique de 6 centimètres ; section césarienne par Leopold ; fille vivante de 2,660 grammes ; guérison.

2° Femme de 31 ans, enceinte pour la cinquième fois, et ayant subi l'opération césarienne en 1886. Bassin rachitique de $6^{cm},75$; en travail ; opérée par Korn, assistant de Leopold ; fille vivante de 3.820 grammes ; guérison.

3° Femme de 25 ans ; troisième grossesse à terme ; opérée en 1887 ; le diamètre conjugué vrai mesure $6^{cm},5$; Léopold fait la section césarienne et extrait un garçon de 3,780 grammes ; guérison.

Rosenberg a réuni tous les cas qu'il a pu trouver dans la littérature obstétricale d'opération césarienne répété chez la même femme ; il est arrivé à un total de 36 observations.

De ces 36 femmes, 28 ont subi l'opération 2 fois ; 5, 3 fois ; 2, 4 fois ; et 1, 5 fois.

L'auteur divise ces faits en trois groupes. Le premier comprend les cas opérés anciennement, sans antisepsie et sans suture de l'utérus ; 49 opérations avec 6 morts ; 14,5 0/0 de mortalité.

Le second renferme les cas opérés avec l'antisepsie et la suture utérine, mais avant les perfectionnements introduits par Saenger dans la technique de la césarienne : 15 cas, 4 morts ; mortalité 26,5 0/0.

Le troisième groupe renferme les cas opérés depuis 1882, par le procédé de Sænger et de Leopold : 20 sections césariennes ; mortalité nulle.

CH. MAYGRIER.

On the alleged growth of the placenta in extra-uterine gestation after the death of the fœtus, par Berry HART (*Amer. journ. of obst., juin* 1892).

C'est un fait admis par la plupart des gynécologues que le placenta d'une grossesse extra-utérine peut continuer à s'accroître après la mort du fœtus.

Berry Hart a lui-même partagé d'abord cette opinion ; mais des recherches récentes qu'il a entreprises lui ont démontré qu'elle n'est nullement fondée.

Il faudrait en effet : 1° prouver que lorsque le fœtus est vivant, le placenta est manifestement plus petit que dans le cas où le fœtus est mort quelque temps avant tout examen ; 2° démontrer ce fait par des préparations microscopiques de la partie accrue du placenta. Or, ces deux démonstrations n'ont jamais été faites.

L'auteur a eu l'occasion d'examiner microscopiquement les placentas de trois grossesses extra-utérines. Après avoir exposé en détail les résultats de son examen, il formule ainsi son opinion. Contrairement à la croyance générale que le placenta s'accroît après la mort du fœtus, il pense que le volume exagéré du placenta se produit pendant la vie du fœtus, et tient à un mode de développement spécial au placenta extra-utérin.

CH. MAYGRIER.

Beitræge zur Extrauterinschwangerschaft, par WYDER (*Arch. für Gyn., XLI, 1 et 2*).

Wyder rapporte six observations de grossesse extra-utérine dont voici le résumé :

1° Grossesse extra-utérine de deux mois. Rupture du sac. Hématocèle anté-utérine. Expulsion d'une caduque dix jours après la formation de l'hématocèle. Expectation, repos. Guérison.

2° Grossesse ectopique de deux mois. Rupture du kyste fœtal. Hématocèle rétro-utérine ; caduque en voie d'expulsion pendant la formation de l'hématocèle, extraite manuellement par le médecin traitant. Guérison.

3° Grossesse tubaire au 2e mois. Expulsion à cette époque d'une membrane qu'on prit pour un œuf abortif et qui ne fut pas examinée. Rupture de la trompe. Hématocèle rétro-utérine et hémorragie intra-abdominale. Laparotomie ; ablation de la totalité du sac fœtal. Guérison. Deux ans plus tard, grossesse normale.

4° Grossesse ovarique de 2 à 3 mois prise pour un kyste de l'ovaire. Hémorragie abondante. Laparotomie. Résection du sac. Mort par péritonite septique. A l'autopsie, on trouve une caduque dans la cavité utérine. Le grattage de l'utérus n'a pas été fait pendant la vie, à cause du diagnostic de kyste ovarique qui avait été porté.

5° Grossesse abdominale ; mort du fœtus au 10e mois de la grossesse. Laparotomie douze semaines plus tard. Guérison. Curetage de l'utérus au 12e mois : résultat négatif : la caduque a dû être expulsée en totalité ou par morceaux au cours de la grossesse.

6° Utérus bicorne avec corne rudimentaire. Grossesse dans cette corne. Rupture du sac au 5e mois. Énorme hémorragie intra-péritonéale. Mort. A l'examen de l'utérus, on trouva dans sa cavité une caduque. CH. MAYGRIER.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Einfluss des Lichtes auf die Haut (Influence de la lumière sur la peau), par HAMMER (*Berlin. klin. Wochens., n° 6, p. 129, 8 février 1892*).

Les expériences de Hammer relatives à l'influence de la lumière sur la peau confirment celles de Widmack, que les rayons ultra-violets du spectre sont presque les seuls produisant un érythème solaire.

C'est en vertu de sa richesse en rayons ultra-violets que la lumière électrique exerce une action phlogogène si intense sur les téguments, même à des distances où l'on ne sent absolument plus la chaleur rayonnante.

Pour ses expériences, Hammer s'est servi de lumière électrique. Il a constaté que les substances qui laissent passer sans obstacle les rayons ultra-violets, telles que l'eau, la paraffine liquide, le cold-cream, étendues en mince couche sur la peau, n'empêchent pas mieux que la peau non recouverte la production de l'érythème, tandis que le sulfate de quinine en solution aqueuse et la glycérine, appliqués sur la peau, la protègent très efficacement.

Le sulfate de quinine, en sa qualité de corps fluorescent, a notamment la propriété de laisser passer sans obstacle, tous les rayons à l'exception des ultra-violets qu'il transforme en rayons moins réfrangibles et rend ainsi inoffensifs pour la peau.

Parmi les dermatoses où la lumière joue un rôle, il faut signaler le xeroderma pigmentosum et le prurigo estival de Hutchinson. J. B.

Zur Aetiologie des acuten, angioneurotischen oder umschriebenen Hautœdems, par H. BAUKE (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 6, *p.* 114, 8 *février* 1892).

Bauke rapporte deux cas d'œdèmes aigus circonscrits des téguments survenus chez une femme et un homme névropathes.

La nature nerveuse de cette dermatose lui paraît ressortir indubitablement des considérations suivantes : Elle atteint en majorité des individus névropathes; elle est fréquemment héréditaire ; elle se développe généralement à la suite d'émotions morales ou chez des alcooliques ; elle coexiste avec d'autres troubles nerveux : névralgies, contractures, etc. ; quelquefois même avec d'autres névroses vasomotrices, telles que la maladie de Basedow et l'urticaire; elle est unilatérale; elle se montre aux époques favorables à l'apparition ou à l'aggravation des troubles nerveux, telles que les périodes menstruelles et l'âge critique; son amélioration ou sa guérison dépend habituellement de l'amélioration de l'état nerveux et psychique ; enfin, il n'existe en même temps aucune affection cardiaque, rénale, goutteuse ou rhumatismale qui l'explique.

Selon qu'il s'agit d'un spasme ou au contraire d'une paralysie des vasomoteurs on a l'une des deux variétés d'œdème nerveux admises par les Français, le bleu et le blanc (*R. S. M.*, XXVIII, 226; XXX, 226; XXXII, 560; XXXIII, 173; XXXIV, 563; XXXV, 563; XXXVII, 513 et XXXVIII, 137). J. B.

Fall von Leukaemia cutis, par NEUBERGER (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 6, *p.* 128, 8 *février* 1892).

Homme de 62 ans, ayant sur chaque joue, placées symétriquement, deux tumeurs lobulées, dures, élastiques, peu mobiles sur la couche sous-jacente et d'un brun acajou. En même temps, il existe du gonflement de la rate et de tous les ganglions. L'examen du sang montre une augmentation considérable des globules blancs qui sont dans la proportion de 1 sur 30. Le microscope révèle la nature leucémique des tumeurs, qui ont résisté jusqu'ici au traitement arsenical. Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est la marche chronique de l'affection. J. B.

Ueber eine eigenartige Form von « Atrophia maculosa cutis (D'une forme particulière d'atrophie maculeuse de la peau), par JADASSOHN (*Archiv f. Dermat. Ergänzungsheft, I, p.* 342, 1892).

Il s'agit d'une femme, qui, à l'âge de dix-huit ans, vit apparaître des taches rouges sur les coudes, les avant-bras, le dos des mains. Sur les cuisses on remarque des stries bien nettes; la peau dans ces régions est mince, lisse, brillante et transparente. L'affection est surtout développée sur la face postérieure du membre, mais il n'y a pas d'irrégularités. Des coupes, passant par la partie la plus large de l'efflorescence ne permirent pas de constater des différences bien marquées avec l'état normal, si ce n'est un simple aplatissement en forme de plateau de la partie médiane, et une infiltration insigni-

fiante de cellules rondes ou fusiformes, localisée par places dans le derme et plus abondante sur les bords. Le tissu conjonctif était normal. Les glandes et les poils sont plus faciles à trouver à la périphérie. La disparition du tissu élastique ne se fait pas dans le corps papillaire mais dans la couche la plus superficielle de la peau affaissée; il disparaît sur les parties latérales et dans la profondeur, non par une marche progressive, mais par îlots jusqu'à ce que la forme décrite en résulte. Il ne paraît pas douteux que le nom d'atrophie ne convienne pas à un cas semblable, car il ne s'agit que d'une perte ou d'une rupture des éléments des tissus. Troisier, Ménétrier et Balzer sont de cet avis. Balzer préfère la dénomination de vergetures qui ne préjuge de rien. En allemand il n'y a pas d'expression analogue. Besnier et Doyon emploient aussi le mot atrophie. R. JACQUINET.

Sarcomatose multiple des téguments et muqueuses, traitée par l'arsenic, par ARNING (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 6, p. 128, 8 *février* 1892).

Jeune fille ayant des nodosités transparentes, dures, à la pointe du nez, aux angles oculaires, sur les joues, et sur les muqueuses de la lèvre inférieure, de la voûte palatine et de la luette ; en outre, elle offrait, dans l'épaisseur de la peau des bras, de nombreuses tumeurs variant de la grosseur d'une lentille à celle d'une amande. La pommade pyrogallique détermina une amélioration suivie de récidive. Les nodosités se multiplièrent, leur surface devint tubéreuse et les superficielles menaçaient de se rompre. La rate enfin était très volumineuse. Sous l'influence de la médication arsénicale, les tumeurs disparurent presque entièrement.

Dans la discussion du 3e congrès de la société allemande de dermatologie, Kaposi et Touton confirment les bons effets des injections arsénicales dans les sarcomes.

Pick, comme Joseph, croit qu'on pourrait en clinique distinguer peut-être 2 types de lymphosarcomes cutanés : ceux à développement lent, qui sont avantageusement traités par l'arsenic et ceux de pronostic peu favorable, qui évoluent comme une pseudoleucémie compliquée d'une dermatose ressemblant au prurigo.

Joseph a, en effet observé un nouveau cas de pseudoleucémie cutanée chez un jeune homme de 31 ans. En même temps que les signes classiques de la pseudoleucémie, ce malade présentait de nombreuses petites tumeurs siégeant profondément dans la peau et proéminant en partie à sa surface. Leur examen microscopique révéla leur caractère de lymphosarcomes. Se basant sur ce fait et sur un autre observé antérieurement (*R. S. M.*, XXXIX, 620), Joseph admet que la pseudoleucémie se traduit, du côté des téguments, de deux façons différentes : tantôt par des tumeurs métastatiques ayant la même structure que celles des organes internes, tantôt par une dermatose spéciale, se distinguant, par certains traits, du prurigo. J. B.

Zur Kenntniss der halbseitigen Nævus verrucosus (Nœvus verruqueux unilatéral), par HAGEN (*Münch. med. Woch.*, n° 19, p. 329, 1892).

L'auteur rapporte l'histoire d'un enfant atteint de nævus verruqueux multiples et fait remarquer les points suivants : 1° la maladie s'est développée entièrement avant le moment de la naissance ; plus tard elle est restée complètement stationnaire ; 2° elle est exactement unilatérale; 3° il existe par places un rapport entre sa distribution et celle des nerfs cutanés aux points les plus lésés, mais il manque ailleurs; 4° l'individu est psychiquement inférieur et présente d'autres anomalies somatiques.

C. LUZET.

Un cas d'angiokératome, par BROCQ (*Société de dermatologie*, 7 *juillet* 1892).

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, ayant un certain degré d'asphyxie local des extrémités sur lesquelles les lésions se sont développées à la suite d'engelures. On peut observer tous les divers degrés de l'affection depuis sa première origine presque imperceptible jusqu'à la production des saillies kératosiques. Brocq admet le mot kératome et rejette son ancienne dénomination de télangiectasies verruqueuses. Le traitement est celui de Pringle, électrolyse avec une pointe fine adaptée au pôle négatif, tandis que l'on applique le pôle positif sous forme d'une plaque sur l'un des avant-bras. Le courant avait une intensité de cinq milliampères. R. JACQUINET.

Lichen plan scléreux, par DARIER (*Société de dermatologie*, 7 *juillet* 1892).

Chez cette malade, l'éruption qui a débuté il y a dix-huit mois est restée absolument limitée aux creux axillaires et aux deux côtés du cou. Elle se compose de taches blanches, brillantes, nacrées. Les surfaces blanches sont parsemées de nombreux petits points cornés, jaunâtres ou brunâtres, déprimés ou saillants, et qui sont régulièrement espacés. Les dimensions de ces taches varient de l'étendue d'une petite lentille à celle d'une amande. Les petites taches sont arrondies ou polygonales; en quelques points on les voit se grouper « en mosaïque ». Le prurit paraît avoir précédé l'apparition de ces taches. L'examen histologique a permis de reconnaître qu'il y a dans ce cas, comme dans le lichen plan ordinaire, une infiltration embryonnaire du derme ; mais au lieu de siéger dans la région superficielle, cette zone infiltrée est séparée de l'épiderme par une couche de tissu scléreux. R. JACQUINET.

Traitement du lichen plan par l'hydrothérapie, par MATERNE (*Annales de dermatologie*, *p.* 692, *juin* 1892).

L'origine nerveuse du lichen plan a donné l'idée d'appliquer à cette maladie le traitement hydrothérapique. En quinze jours, un mois, six semaines, des malades ont été guéris de lichen plan à éruption des plus vives et des plus confluentes. Dès les premiers jours, les démangeaisons s'étaient calmées, le sommeil était revenu, puis la rougeur de l'éruption s'éteignait et les taches finissaient par disparaître.

La rapidité avec laquelle l'amélioration survient n'est pas en rapport avec l'intensité de l'éruption mais bien avec la nature de la tare nerveuse préexistante et l'état nerveux concomitant. Plus la dermatose trouve un terrain prédisposé, plus elle est rebelle au traitement.

La manière la plus efficace pour obtenir la sédation du système nerveux est la douche tiède de 35°, au moyen d'une grosse pomme d'arrosoir, et avec une pression faible. La durée ne doit pas dépasser quatre minutes. Il faut d'ailleurs se guider, sur la susceptibilité et la tolérance individuelles. R. JACQUINET.

2 Fälle von Pityriasis rubra pilaris (Devergie), par GALERSKY (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 6, *p.* 128, 8 *février* 1892).

1er *cas*. Homme de 20 ans, malade depuis l'âge de 6 ans et n'ayant dès lors cessé des traitements aussi bien généraux que locaux.

Tous les follicules, sauf ceux de la face, sont écartés par des cones cornés résistants ; la paume des mains et la plante des pieds sont recouvertes d'épaisses masses cornées, les ongles sont friables et le crâne est revêtu de grosses écailles cornées.

2e *cas.* Admis trois semaines après le début de l'affection qui était aiguë et généralisée. L'aspect du malade était très semblable au précédent. De la tête jusqu'à la poitrine, la confluence des papules formait une surface rouge, dure, tuméfiée, recouverte de fines squammes. Les mains étaient également le siège d'un gonflement dur, de rougeur, et leur paume était revêtue d'épaisses lamelles cornées. Les démangeaisons intenses étaient accrues encore par la coexistence d'urticaire.

Chez ce malade, la médication, comprenant l'arsenic à l'intérieur et une pommade de sublimé et d'acide phénique, a eu d'excellents résultats. L'examen miscroscopique a révélé une hypertrophie extrêmement considérable, surtout dans les infundibula des follicules et dans les glandes sébacées attenantes.

J. B.

Sur un nouveau cas de pityriasis rubra pilaire offrant les localisations de l'eczéma séborrhéique et la nature probable de cette dermatose, par HALLOPEAU (*Société de dermatologie*, 7 *juillet* 1892).

Il s'agit d'un malade atteint de pityriasis rubra pilaire, dont les lésions siègent au cuir chevelu, derrière les oreilles, au pourtour des ailes du nez, au-devant du sternum, entre les épaules et sous les aisselles. De même que dans l'eczéma séborrhéique, le siège initial des lésions occupe les follicules pilo-sébacés et sans doute aussi les glandes sudoripares. On est en droit de supposer que les lésions localisées aux lieux d'excrétion des matières grasses peuvent de même être rattachées à un trouble dans l'excrétion ou la constitution de ces substances, ainsi qu'à un mode de réaction anormale des sujets chez lesquels ce trouble se produit et affecter les caractères de l'eczéma séborrhéique, du pityriasis pilaire et de l'acné, suivant la nature variable de ces modifications dans les sécrétions graisseuses et des réactions individuelles.

R. JACQUINET.

Ueber Pemphigus neuroticus, par NEUBERGER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 6, *p.* 129, 8 *février* 1892).

Neuberger décrit sous le nom de pemphigus neurotique l'affection précédemment indiquée par Doutrelepont comme étant une gangrène multiple aiguë de la peau (*R. M. S.*, XXXVII, 195) et par Kaposi comme étant un zona gangréneux atypique, hystérique (*R. S. M.*, XXXV, 207 et XXXVII, 194).

Le cas de Neuberger concernait une femme de 26 ans, robuste mais hystérique, qui succomba très rapidement. A l'autopsie on trouva de la syringomyélie.

A la différence de la malade de Kaposi, chez celle-ci, la mortification de l'épiderme des bulles précédait toujours celle du corps papillaire.

J. B.

Pemphigus foliacé avec papillomatose généralisée, par QUINQUAUD (*Soc. franç. de derm.*, *janvier* 1892).

Mar... Angèle, 46 ans, ménagère, a présenté à l'âge de 37 ans, une tuméfaction œdémateuse de la peau généralisée. Il y a trois ans apparition de bulles sur les membres supérieurs et bientôt sur tout le corps, sauf aux faces palmaires et plantaires des mains et des pieds. Cette poussée dure huit jours et ne se reproduit plus; mais elle est suivie d'un suintement abondant au niveau des surfaces exfoliées. Bientôt après, nouvel œdème localisé au membre inférieur gauche. Au bout de cinq ou six mois, l'exfoliation épidermique devient considérable et persiste pendant 2 ans jusqu'en sep-

tembre 1891. Peu à peu cette exfoliation est devenue furfuracée et moins abondante; les poils tombent. Il s'est produit une exagération considérable des plis cutanés et une papillomatose considérable avec état kératosique presque généralisée. La peau est épaissie, œdématiée avec desquamation furfuracée. Il n'y a eu de fièvre qu'au début; mais les voies digestives sont loin d'être intactes : il y a de l'inappétence, des vomissements, de la diarrhée. La malade a été soumise au régime lacté. Il s'agit ici d'un pemphigus à marche relativement bénigne dont la phase bulleuse a été très courte, et qui est surtout remarquable par la longueur de la phase exfoliatrice et le développement de la papillomatose généralisée. La malade n'a pris que peu d'arsenic, mais il n'est pas impossible que ce médicament ait joué un rôle dans la production de la papillomatose (Besnier). F. BALZER.

Herpès zoster atypique, par STAUB (*Arch. f. Derm. und Syph., XXIV,* 2, 1892).

Jeune fille âgée de 16 ans, ouvrière de fabrique, peu intelligente et hystérique qui fut affectée pendant quatre ans d'une éruption ulcéreuse de la moitié droite du ventre. Cette éruption avait été suivie d'anesthésie complète de la région où l'on voyait des cicatrices saillantes et pigmentées. L'auteur put assister à deux récidives de ces accidents qui durèrent deux ans. Des vésicules en groupes ou bien disséminées se formaient sur une base hyperémiée ; leur contenu sanguinolent se desséchait sous forme de croûtes. Certains éléments furent envahis à leur centre par la gangrène et celle-ci détermina des ulcères térébrants profonds, au point de menacer la paroi abdominale d'une perforation complète. Ce processus s'accompagnait de fièvre forte et de douleurs névralgiques intenses précédant et succédant à l'éruption. L'évolution était très lente avec des rémissions durant plusieurs semaines. L'auteur croit que les accidents se seraient terminés par la mort, si l'on n'était intervenu en quelques points en extirpant des plaques gangrenées et profondément ulcérées. Cette intervention eut aussi pour résultat de diminuer la fièvre et les douleurs névralgiques intolérables. F. BALZER.

Acne necrotica, par TOUTON (*Berlin. klin. Wochens.,* n° 6, *p.* 129, 8 *février* 1892).

Touton a pratiqué l'examen microscopique de 2 pustules qu'il a excisées sur un acné nécrosique occupant la face, le cuir chevelu, la poitrine, le dos et les jambes.

Le processus débute par une infiltration de cellules rondes dans les couches moyennes du derme, au niveau des tiers moyen et inférieur des follicules pileux. Le travail inflammatoire progressant, il y arrêt circulatoire et il se produit une nécrose sèche dans le territoire alimenté par les vaisseaux atteints.

La ligne de démarcation d'avec les points nécrosés, se produit soit par une prolifération latérale de l'épiderme au-dessous de l'eschare et une exfoliation sèche, soit par suppuration et formation de granulations (Bœck).

Touton a constaté la présence de nombreux streptocoques ou de courts bacilles, sans se prononcer sur leur rôle.

Il est assez disposé à croire qu'un poison tel que l'alcool, circulant dans les vaisseaux, en lèse en premier lieu les parois.

Comme Pick il admet qu'on puisse distinguer l'acné varioliforme de Hebra de l'acné nécrosique de Bœck (*R. S. M.*, XXXIV, 616), mais il

estime que la seule différence consiste dans la prédominance ou au contraire la subordination du processus inflammatoire à l'égard du processus nécrosique.

Enfin il ne se prononce pas sur la question de savoir si cette affection doit être réellement considérée comme de l'acné ou comme une périfolliculite. J. B.

Première note et observations préliminaires pour servir d'introduction à l'étude des prurigos diabétiques, par Ernest BESNIER (*Société de dermatologie, 12 mai* 1892).

Plusieurs formes du syndrome « Prurigo de Hebra » ne rentrent pas dans son cadre trop étroit, et constituent une série de dermatites banales parmi lesquelles on trouve le lichen et l'eczéma chronique bien que ce soit toujours des dermatites multiformes dans lesquelles l'eczématisation ou la lichénisation marquent diverses périodes de la maladie. Pour réunir ces groupes naturels, il faut mettre au premier rang le tableau morbide complet d'un état pathologique considéré dans la série entière de ses phases successives.

Le symptôme capital des prurigos diathésiques est le prurit intense, débutant dans l'enfance d'ordinaire, et provoquant des lésions dont aucune n'est spécifique. Besnier présente trois malades des plus voisins du type d'Hebra et à des périodes différentes de leur évolution. La banalité des lésions rencontrées chez ces malades suffit à distinguer les prurigos diathésiques des dermatites prurigineuses à lésion spécifique ou spéciale, telles que les lichens vrais, ou les pemphigoïdes du type de la maladie de Duhring-Brocq. La peau revêt sur certains points les divers aspects de la dermo-épidermite papillaire ou lichen ou les formes et les variétés multipliées de l'épidermodermite catarrhale, exsudative ou eczéma. Besnier propose de désigner ces deux états dermatographiques, par les termes de lichénisation et d'eczématisation.

R. JACQUINET.

Sur la parasitologie de l'éléphantiasis nostras, par SABOURAUD (*Annales de dermatologie, p.* 592, *mai* 1892).

L'auteur a été frappé de retrouver fréquemment dans les commémoratifs fournis par les malades un érysipèle de la face, soit au début des lymphangites du pied, soit au cours de l'éléphantiasis en concomitance de l'une des innombrables lymphangites du membre inférieur. Pour vérifier l'idée d'une communauté d'origine entre les deux maladies, il a pris, au moment des crises éléphantiasiques, sur la partie enflammée du tégument et au moyen de scarifications très superficielles, un peu de sérum et de sang, et a toujours obtenu des cultures plus ou moins abondantes, mais invariablement pures de streptocoques de Fehleisen. R. JACQUINET.

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Lepra anaesthetica, par C. LOOFT (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., CXXVIII*, 2).

Bien que les symptômes cliniques de la lèpre anesthésique indiquent des lésions centrales (troubles sensitifs symétriques, perte du réflexe patellaire, ataxie), on n'a connu jusqu'aujourd'hui que les lésions des

nerfs périphériques. Looft a pu examiner le système nerveux central dans deux cas. Voici les altérations qu'il a trouvées :

1er *cas:* il existait une dégénération prononcée des cordons dorsaux de la moelle cervicale : les racines dorsales des nerfs cervicaux sont atrophiées. Les fibres à myéline sont rares et le tissu de soutien est hyperplasié. La myéline a disparu en grande partie dans les ganglions spinaux de la région cervicale.

Dans les régions thoracique et lombaire, la dégénération de la moelle est moins prononcée, mais les ganglions spinaux correspondants présentent les mêmes lésions.

Le nerf cubital est atteint de névrite interstitielle et les muscles de la paume de la main présentent une hypertrophie du tissu conjonctif.

2e *cas :* la moelle cervicale n'a pas pu être examinée ; mais la moelle lombaire présentait les mêmes altérations que la moelle cervicale dans le premier cas.

Dans les deux cas, la substance grise de la moelle parut intacte.

En résumé, les lésions de la lèpre anesthésique semblent être les mêmes que celles du tabes et surtout du tabes qui résulte de l'empoisonnement par l'ergot de seigle. Looft pense que l'affection débute dans les ganglions spinaux et les racines dorsales et qu'elle s'étend de là dans les nerfs périphériques. ÉD. RETTERER.

Des rapports qui existent entre les alopécies de la kératose pilaire et les alopécies dites séborrhéiques, par BROCQ (*Annales de dermatologie, juillet* 1892).

Il s'agit d'un enfant de 3 ans atteint d'ichtyose légère, de kératose pilaire commençante, assez accentuée, et d'une alopécie en clairière du cuir chevelu. L'auteur arrive à formuler pour la kératose pilaire du cuir chevelu les hypothèses suivantes : ou bien le processus kératosique existe d'emblée autour des papilles profondes des cheveux normaux, mais ne devient évident que lorsque les poils plus grêles à papille plus superficielle, et, dans cette hypothèse la kératose pilaire interviendrait seule pour produire l'alopécie ; ou bien le processus kératosique vient se surajouter à un autre processus morbide dépilant quand celui-ci a déjà modifié les cheveux et a remplacé les papilles pileuses profondes par des papilles superficielles. R. JACQUINET.

Dix-sept cas de cheveux moniliformes (monilethrix) dans une même famille, par SABOURAUD (*Société de dermatologie*, 7 *juillet* 1892).

Voici une observation de monilethrix héréditaire qui est la plus nombreuse qu'on ait publiée sur ce sujet. Elle se rapporte à dix-sept cas de la maladie fournis par cinq générations de la même famille. Les lésions sont celles qui ont été décrites par Behrend. C'est une atrophie du poil, portant sur toutes ses parties, à des intervalles réguliers, de telle façon que, de sa racine à sa pointe, il est constitué par une série de renflements nodulaires égaux entre eux, séparés par des étranglements tout semblables. Les examens microbiens sont restés négatifs, les cultures stériles. Tout, du reste, dans l'évolution de la maladie, semble la rattacher à une lésion de l'innervation et non pas à une cause externe.

Depuis l'apparition du monilethrix dans la famille, aucun cas de contagion n'a été surpris, soit entre mari et femme, ou entre frère et sœur, passé les premières semaines de l'existence, époque où la maladie s'affirme.

R. JACQUINET.

Some points in the technique of electrolytic epilation, par HAYES (*The times and Register*, 14 *novembre* 1891).

Hayes recommande de se servir d'aiguilles fines dans la destruction électrolytique des poils. La pointe de celles-ci ne doit point être acérée, mais émoussée, hémisphérique, et l'aiguille tout entière flexible et non rigide. On donne de cette façon aux aiguilles la propriété, lorsqu'on les a introduites dans un tube de verre de 1/4 de pouce de diamètre, de les chauffer dans la flamme jusqu'au rouge et de les refroidir ensuite. L'aiguille est devenue si flexible qu'on peut la plier à angle droit et ensuite la redresser sans la casser. Pour son emploi dans l'électrolyse elle est encore assez rigide. Il est avantageux de se servir pour la batterie d'éléments de grande surface. Les conducteurs doivent présenter peu de résistance, les raccords être bons, et l'électrode positif de fort volume. Tout ce qui augmente la résistance, comme le rhéostat et le galvanomètre doit être enlevé du courant. Dans le cours de l'opération, il est avantageux d'introduire d'abord un peu l'aiguille et de laisser agir le courant pour détacher le poil, avant que l'aiguille déchire la papille et que le courant la détruise, on enfonce alors plus profondément l'aiguille qui glisse facilement dans le follicule débarrassé du poil et de sa racine. La papille est alors aussitôt détruite. R. JACQUINET.

Sur un nouveau traitement rapide de la pelade. Repousse des cheveux obtenue par l'application du même traitement sur une plaque de calvitie datant d'un an et d'origine non peladique, par MOREL-LAVALLÉE (*Union médicale* 30 *juin* 1892).

Morel a employé avec succès, dans certaines formes de la pelade le procédé suivant : après un lavage antiseptique des régions dénudées, il pratique une scarification légère et superficielle, puis applique une pommade qui doit rester de 2 à 24 heures en place. Cette opération est renouvelée tous les huit jours. Il a vu au bout de 2 à 3 séances la plaque ivoirine présenter un piqueté noirâtre, dû à la saillie des bulbes pileux devenus visibles, et en outre quelques cheveux de couleur et d'aspect normaux, longs de 3 à 5 millimètres; la zone peladique prend l'aspect d'une alopécie en clairière. Morel a appliqué la scarification sur une plaque de calvitie datant de plus d'un an, due au frottement d'un objet lourd, et a vu repousser de petits cheveux de couleur normale. H. L.

Un nuovo metodo praticato per la cura della tigna favosa, par PERONI (*Giorn. dell' Accad. med. di Torino, mars* 1891).

Peroni emploie le moyen suivant dans le favus du cuir chevelu : après avoir rasé les cheveux, il applique deux fois chaque jour de la pommade d'Hebra, et cela jusqu'à ce que la masse favique soit ramollie et se laisse détacher facilement. Alors il commence son traitement particulier qui consiste en pulvérisations sur la tête d'un mélange de 5 parties d'acide acétique et 100 parties d'eau. Les pulvérisations acétiques ne doivent pas être limitées aux parties malades, mais étendues à tout le cuir chevelu pour protéger les parties voisines. Pour obtenir une guérison complète, il faut continuer les pulvérisations après la disparition de la desquamation et de l'infiltration de la tête pendant environ deux semai-

nes, es avages avec le savon au sublimé seront continués plus longtemps encore; avec cette méthode, tout à fait indolore, Peroni obtient en un temps relativement court des résultats très satisfaisants.

R. JACQUINET.

La leontiasis ossea, par BAUMGARTEN (*Thèse de Paris*, 1892).

L'auteur passe en revue toutes les observations publiées sur cette affection. Elle est caractérisée par une hyperostose diffuse, qui peut être localisée à la tête ou atteindre les autres os du squelette, comme les autres variétés d'hyperostose diffuse. Dans les cas extrêmes la tète peut atteindre un poids huit fois supérieur au poids normal. L'hyperostose est totale et frappe à la fois les deux tables et le diploé. L'hyperostose externe provoque de hideuses déformations de la tête; l'hyperostose interne amène la mort par compression du cerveau et des nerfs craniens et des vaisseaux qui se rendent à l'encéphale. La marche de l'affection est très lente et peut durer 30 ans. Elle a été confondue avec la maladie de Paget, mais celle-ci ne se montre qu'après 40 ans, tandis que la leontiasis ossea est une affection de la jeunesse; de plus dans la leontiasis ossea les lésions atteignent la face principalement, et enfin la maladie de Paget s'accompagne de lésions profondes des os longs. L'acromégalie de même que la leontiasis ossea débute dans la jeunesse mais avec des altérations particulières du côté des pieds et des mains. Enfin la leontiasis ossea a été souvent confondue avec des tumeurs des maxillaires; elle semble dépendre d'un processus qui a son origine dans la vie intra-utérine.

F. BALZER.

Un cas de gale anormale, gale rouge croûteuse due au sarcopte du cheval, par BESNIER (*Société de dermatologie*, 12 *mai* 1892).

La presque totalité du corps, y compris la face et le cuir chevelu, est d'une coloration rouge intense chez ce malade, tandis que sur certains points s'accumulent en couches épaisses des croûtes plâtreuses, sèches, dures, rudes, adhérentes, d'un jaune de soufre. Le pénis est rouge, infiltré couvert de vésicules avec ou sans folliculites et lichénisation. Les difficultés du diagnostic immédiat provenaient surtout de la miliaire généralisée, de l'hypéridrose extraordinaire et de l'érythrodermie, et aussi des accumulations croûteuses de la tête et de la face. L'auteur a trouvé des acares en grand nombre dans les squames croûteuses épidermiques après dissociation dans la potasse à 40 0/0. Mégnin, après examen, a déclaré que cette forme de dermatite acarienne, si insolite chez l'homme, était complètement assimilable à la gale sarcoptique des grands ruminants. D'ailleurs le malade est un conducteur de chevaux de halage, et ceux sur lesquels il montait souvent, étaient affectés de démangeaisons.

R. JACQUINET.

Sur une affection parasitaire du pied non encore décrite (**variété de pied de Madura?**) **par GEMY et H. VINCENT** (*Annales de dermatologie*, *p.* 577, 1892).

Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de 40 ans qui présente sur la face plantaire du pied droit, le talon jusqu'à l'insertion du tendon d'Achille, les parties latérales du pied ainsi que les malléoles, une quarantaine de tumeurs, de la dimension d'un pois, d'une couleur rouge sombre, et douloureuses à la pression. On constate des cicatrices laissées par celles qui ont disparu. Aucun antécédent pathologique. Tous les organes sont sains. Le

pied droit seul est atteint d'hypertrophie, les muscles de la jambe droite sont atrophiés. L'incision des tubercules ramollis donne issue à un liquide sanguinolent renfermant de petits grumeaux grisâtres. Ces grumeaux sont des zooglées bactériennes très denses, qui appartiennent au genre cladothrix. Le meilleur milieu de culture est l'infusion stérilisée de foin. Les caractères morphologiques et les réactions de culture du microbe le différencient du microbe du farcin du bœuf et surtout de l'actinomyces. R. JACQUINET.

Ueber Vererbung der Syphilis (De la transmission de la syphilis), par NEUMANN (*Archiv für Dermat. u. Syphilis*, *Heft* 4, 1892).

Des points discutés dans le mémoire de Neumann il ressort le fait que la transmission de la syphilis compte parmi les héritages les plus néfastes, qu'elle tue une grande partie des nouveau-nés, les infecte et exerce sur leur développement ultérieur une influence durable et inquiétante. Si on songe au sort réservé à ces enfants si nombreux, et si on considère de plus que parmi ces enfants qui figurent sous la rubrique viables, à terme, bien portants, une grande partie succombe, comme l'ont montré en partie les recherches de l'auteur et en partie celles de Friedinger directeur de l'hôpital des Enfants-Assistés, on voit que le nombre des cas de morts augmente de suite.

Bien que la syphilis fasse ses victimes dans toutes les couches de la société, on place toujours son foyer principal dans les classes les plus pauvres.

Dans son mémoire et par des observations faites depuis dix ans l'auteur a essayé d'éclairer divers points de vue, pour résoudre la question de la syphilis héréditaire et placentaire. R. JACQUINET.

Un cas de réinfection syphilitique, par R. PAULY (*Annales de dermatologie*, *p.* 690, *juin* 1892).

En 1877, un mineur a un chancre du frein et en même temps un chancre de la lèvre inférieure. Après ces deux chancres il eut plusieurs poussées de plaques muqueuses dans la bouche et à l'anus. Il eut surtout une alopécie considérable. Il n'a eu aucun accident depuis 8 ans et avait suivi un traitement spécifique. Le 29 janvier 1892 le malade entre à l'Antiquaille, on lui trouve des plaques muqueuses très nombreuses dans la bouche. Une large plaque siège sur la lèvre inférieure, d'autres sur la lèvre supérieure, aux deux commissures, sur les gencives, les piliers. Ces plaques sont superficielles, érosives, rouges. En outre on trouve des papules dans le sillon nasolabial, des plaques muqueuses lisses du scrotum, une syphilide pigmentaire du cou et une adénopathie généralisée. Le malade présente sur la joue gauche une cicatrice longue comme une pièce de 1 franc, nettement circulaire, rouge à la périphérie, blanche au centre. Une cicatrice semblable se voit derrière l'angle de la mâchoire du même côté. Ce sont les cicatrices de deux chancres, qui ont apparu deux mois et demi avant l'éclosion des accidents actuels. R. JACQUINET.

Diagnostic d'une forme de syphilis cérébrale, par Laudon Carter GRAY (*The Americ. J. of the med. sc.*, *p.* 30, *janvier* 1892).

L'auteur a rassemblé 27 cas personnels qu'il range sous les titres de pseudo-paralysie générale, d'hémiplégie, de méningite de la base, de manie, d'hallucination, syphilis intracrânienne, de monoplégie du bras gauche et de la jambe ; sur ces 27 cas l'âge moyen des malades était de

35 ans ; l'âge maximum 52 ans et minimum 24. Dans 13 cas la guérison fut complète, partielle dans 4 cas, 5 fois les résultats du traitement restèrent inconnus, les malades ayant disparu, 1 malade est encore en observation. Il y avait 20 hommes et 7 femmes.

Le symptôme qui dans la très grande majorité des cas a révélé la lésion a été une céphalalgie pour ainsi périodique, revenant seulement la nuit, rarement le matin ou dans la journée, cette céphalée s'accompagnait d'une insomnie constante.

Une hémiplégie survenant dans l'âge moyen, avec ou sans la céphalée et l'insomnie, doit faire songer à la syphilis.

Cette céphalée apparaît comme premier symptôme de la syphilis intra-cérébrale, on a pu la constater après dans la première, dans la deuxième et la troisième période de l'infection syphilitique.

Il n'a été fait aucun examen d'autopsie dans les cas où cette insomnie et cette céphalée ont été les seuls symptômes observés, il n'est donc pas possible d'affirmer les lésions qui les ont déterminées. Cependant il est logique de supposer qu'on peut les attribuer à l'infiltration gommeuse bien connu des méninges, et cela d'autant plus légitimement qu'aucun cas où il se sont montrés n'a résisté à l'application d'un traitement antisyphilitique. F. VERCHÈRE.

Neuritis der peripheren Spinalnerven bei acuter Lues, par EHRMANN (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 6, *p.* 129, 8 *février* 1892).

2 observations de névrite des nerfs rachidiens périphériques, à la phase initiale de la syphilis.

Dans le 1er cas, un syphilitique ressentait des fourmillements sur le territoire du nerf cubital qui était épaissi et douloureux. Le plexus brachial était également douloureux. Le nerf médian était sensible à la pression. Atrophie de tous les muscles de la paume animés par le cubital et le médian.

Une cure diaphorétique fit disparaître l'hyperesthésie et la galvanisation guérit presque complètement l'atrophie musculaire.

Dans le 2e cas, il existait de l'atrophie des vastes interne et externe, une zone anesthésique au-dessus du genou droit, de la tuméfaction et de la sensibilité du nerf péronier droit. Le traitement eut aussi raison de ces accidents. J. B.

I. — Syphilide nerveuse maligne précoce, par FOURNIER (*Société de dermatologie*, 9 *juin* 1892).

II. — Syphilis maligne précoce du système nerveux, par GILLES DE LA TOURETTE et HUDELO (*Annales de dermatologie, p.* 686, *juin* 1892).

I. — Chez une jeune femme syphilitique depuis 3 mois, en dépit d'un traitement convenable, éclate un ensemble formidable d'accidents syphilitiques les plus divers, à savoir : 1° Syphilide papulo-tuberculeuse confluente, couvrant presque tout le corps d'énormes placards rouge brun; 2° Onyxis hypertrophique, chute de tous les ongles ; 3° Glossite secondaire des plus intenses ; 4° Alopécie absolue des cils et des sourcils; 5° Ophtalmies graves; 6° Enfin du côté du système nerveux, symptômes diffus et sérieux, savoir céphalée horrible, atroce et diurne, fulgurations dans les membres inférieurs, faiblesse extraordinaire, mydriase paralytique à gauche, et symptômes hystériques nombreux et variés. Il n'a pas fallu moins d'une année pour se rendre maître de ces diverses manifestations. Cependant cette syphilis si

grave dérivait d'une syphilis absolument bénigne, et le paludisme paraît avoir été le seul facteur de gravité de cette syphilis.

II. — Un homme de 36 ans sans antécédents héréditaires connus, qui a fait deux ou trois ans auparavant quelques excès alcooliques dont il ne reste actuellement aucune trace, prend en octobre 1890, une syphilis par infection amygdalienne, se soigne à l'apparition de la roséole. A dater du 7 novembre, le système nerveux est envahi, paralysie faciale droite périphérique sans autre cause apparente que la syphilis. En avril 1891, alors qu'il est en plein traitement, il est frappé d'une hémiplégie droite, incomplète à la vérité. Au mois d'août, douleurs dans la région lombaire, et début des phénomènes de paralysie spasmodique, avec troubles des sphincters et du sens génital. L'interrogatoire du malade n'a pas permis de découvrir une prédisposition spéciale créée par une hérédité normale intense et très proche. Les auteurs attirent l'attention sur ces cas de syphilis du système nerveux dont les caractères sont : envahissement progressif du cerveau, de la moelle et des nerfs périphériques, opposé dans certains cas à l'intégrité presque complète des autres appareils; de plus, résistance au traitement. R. JACQUINET.

Muskel-Syphilis, par R. KŒHLER (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 8, *p.* 162 *et* 174, 22 *février* 1892).

1er *Cas.* Homme de 48 ans, maniant les couleurs du plomb et niant tout antécédent syphilitique. Il y a 10 ans, écrasement de la phalange unguéale du médius droit qui, il y a 2 ans, commence à suinter. Il y a 2 mois, apparition, au-dessus de la clavicule droite, d'une tumeur qui, ponctionnée, ne s'est pas refermée depuis. État actuel : Emaciation, teinte jaune des téguments et des conjonctives; températures vespérales d'au moins 40°. Phalange unguéale du médius droit fléchie à angle droit et recouverte de bourgeons flasques; aucun gonflement du doigt ou de la main, pas de lymphangite ni de ganglions axillaires.

Voussure de la partie externe du grand pectoral droit dans l'étendue de trois travers de main; toute la fosse sus-claviculaire est remplie par une tumeur, très dure au toucher, non fluctuante et recouverte par une peau parsemée de grosses veines bleues. Les pressions sur le pectoral font sortir une gouttelette de sécrétion visqueuse, sale, par l'orifice de la ponction qui se trouve à 3 centimètres au-dessus du milieu de la clavicule. Il en est de même quand on applique l'omoplate droite contre le thorax. Une fois les couches superficielles du grand pectoral sectionnées, on ne trouve plus dans les couches profondes de ce muscle que du tissu fibreux alternant avec des parties grossièrement granuleuses. On enlève le tout, ainsi que le petit pectoral qui n'est plus reconnaissable qu'à la direction de quelques-unes de ses fibres musculaires conservées. Les portions avoisinantes du deltoïde et du sous-scapulaire ont subi la même dégénérescence que les pectoraux et sont traversées de foyers caséeux purulents. Tamponnement de la cavité et iodure de potassium. Sous l'influence de cette médication, la plaie s'est comblée rapidement, les portions de la tumeur laissées en place ont disparu, ainsi que la fièvre. Désarticulation de la phalange malade.

2e *Cas.* Homme de 20 ans, cachectique et ne pouvant se lever seul sur son lit. Tumeur colossale de la paroi abdominale, s'étendant de l'hypocondre gauche jusqu'au pli inguinal et de la ligne axillaire jusqu'au delà de la ligne blanche. Cette tumeur avait été prise pour une mégalosplénie. Toute la partie gauche des muscles abdominaux était transformée en une néoplasie atteignant par places une épaisseur de 5 centimètres. Koehler l'énucléa du péritoine à partir de l'arcade fémorale. La tumeur se continuant dans le diaphragme, il ne put que l'extirper partiellement. En examinant la tumeur, il trouva des foyers caséeux dans un tissu marbré au sein duquel on reconnaissait encore

quelques fibres musculaires. Dès lors, renonçant au diagnostic de sarcome, il administra l'iodure de potassium qui guérit parfaitement le malade presque moribond. A l'heure présente, il jouit de la santé la plus complète, mais la moitié gauche de son abdomen n'a plus d'autres enveloppes que la peau et le péritoine.

Koehler conclut que la syphilis des muscles est beaucoup plus fréquente que l'on croit, mais qu'on la prend souvent pour du sarcome. En quelques semaines, Koehler en a observé 3 cas outre les 2 précédents : le sternomastoïdien, le triceps fémoral et les gastrocnémiens étaient respectivement atteints (*R. S. M.*, III, 260; V, 208 et 629; X, 198; XII, 600; XIII, 648; XVII, 206; XXV, 679 et XXXIX, 628). J. B.

Du diagnostic rapide de la syphilis dans la détermination des indications opératoires, par JULLIEN (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 3 *mai* 1892).

Dans certains cas d'incertitudes de diagnostic, au sujet duquel on peut songer à la syphilis, l'urgence de quelques opérations peut être entravée. Pour être fixé le plus rapidement possible sur ce point, Jullien conseille l'emploi des injections de calomel par la méthode Scarenzio-Smirnoff. Ces injections qui apportent rapidement une modification profonde sur le néoplasme syphilitique, présentent au plus haut degré, les qualités requises pour un médicament d'épreuve. En 8 jours le diagnostic thérapeutique de la syphilis est clairement décidé par ce moyen. En cas d'insuccès, ce mode de traitement n'apporte aucun obstacle à l'opération nécessaire. C'est ce dont l'auteur s'est assuré dans cinq cas, dont il résume l'observation. OZENNE.

Die sogenannte Raynaudsche krankheit... (La maladie de Raynaud, de source syphilitique), par ELSENBERG (*Archiv für Dermat. u. Syphilis*, *Heft* 4, *p.* 577, 1892).

L'auteur est convaincu, à la suite du cas qu'il publie, qu'une gangrène symétrique peut survenir comme conséquence des altérations vasculaires de la syphilis. Dans ces conditions, les cas présentent tous les caractères objectifs de la maladie de Raynaud et il y a toujours des lésions vasculaires (ici elles sont syphilitiques); on peut alors se demander si la maladie de Raynaud doit être comprise dans le sens étroit de Raynaud lui-même.

Cette affection se présente toujours avec un complexus symptomatique très net, mais il n'est rien moins que démontré aujourd'hui qu'elle a pour cause une contraction réflexe des vaisseaux. Enfin, il y a des observations qui assignent pour cause à la maladie de Raynaud des troubles trophiques, provoqués par l'inflammation des nerfs périphériques après un traumatisme, une maladie infectieuse, une intoxication, une affection des centres nerveux. Dans ces cas on ne trouve aucune altération des vaisseaux, et la pulsation artérielle est normale dans la région correspondante. Il faudrait regarder actuellement la maladie de Raynaud comme un symptôme d'affections diverses. R. JACQUINET.

Gommes symétriques des régions épitrochléennes; cause probable de cette localisation, par HALLOPEAU (*Société franç. de dermatologie*, 7 *juillet* 1892).

A propos d'une femme de 36 ans, syphilitique depuis 2 ans et présentant

des gommes survenues successivement à 6 mois d'intervalle à chacune des deux régions épitrochléennes, l'auteur se demande comment on peut comprendre cette localisation exactement symétrique dans deux régions qui ne diffèrent en rien par leur structure des autres parties des membres. La symétrie des dermatoses s'explique quand on peut les rapporter à un trouble d'origine centrale d'innervation vaso-motrice. Il faut chercher le point de départ de ces troubles trophiques dans le développement de la première tumeur gommeuse; celle-ci détermine à distance dans la nutrition des parties symétriques du membre opposé, des troubles qui les transforment en un milieu de culture favorable au développement du contage; les germes virulents qui émanent de la première néoplasie en évolution vont se localiser dans la région ainsi modifiée, et y déterminent l'apparition d'une nouvelle tumeur qui évolue comme la première. R. JACQUINET.

Syphilis de l'oreille externe, par RUPP (*Journ. of cut. and genit.-ur. dis., octobre* 1891).

Tous les accidents connus dans la syphilis ont été observés sur l'oreille externe; chancre, roséole, papules, condylomes, gommes, ulcères superficiels ou térébrants, exostoses de la partie externe du conduit près du tympan. Taylor a signalé une affection syphilitique de l'oreille qui peut être confondue avec l'eczéma. C'est une syphilide tuberculeuse à éléments confluents, de couleur rouge ou brune, souvent squameux, quelquefois recouverts de croûtes impétiginiformes. Cette lésion assez précoce se montre le plus souvent la deuxième année de la maladie. Kipp a signalé aussi un cas d'ostéite et de périostite syphilitique de la portion osseuse du conduit avec carie du maxillaire supérieur et de la voûte palatine. F. BALZER.

Relevé des chancres syphilitiques extra-génitaux observés dans le service de Fournier du 1er février 1890 au 1er novembre 1891, par FEULARD (*Annales de dermatologie. p.* 805, *juillet* 1892).

Les cas de chancres syphilitiques observés pendant cette période sont au nombre de 75 ; 48 hommes, 24 femmes, 3 jeunes enfants. Les 75 malades représentent entre eux 86 chancres, quelques-uns d'entre eux ayant eu des chancres multiples. Sur ces 86 chancres, 68 sont des chancres céphaliques dont 56 buccaux. Les résultats de cette statistique confirment ceux des statistiques précédentes relativement aux chancres céphaliques; toutefois dans la série présente, les chancres de la lèvre supérieure sont plus nombreux que ceux de la lèvre inférieure ; les chancres du menton au nombre de dix sont presque tous dus à une contagion par le barbier; en revanche les chancres des seins (5) sont relativement rares. R. JACQUINET.

Zur Ætiologie der Fibromyome, par PROCHOWNICK (*Deutsche med. Woch., n°* 7, *p.* 140, 1892).

L'auteur a observé chez 2 femmes syphilitiques des fibro-myomes utérins qui diminuèrent de volume sous l'influence du mercure, tout en conservant la forme et la dureté primitives. Il admet donc que la syphilis puisse jouer un rôle dans la pathogénie des myomes. Le virus syphilitique peut exercer une irritation déterminée sur les parois vasculaires, laquelle contribue au développement de ces tumeurs.

On distinguera toujours les myomes utérins développées chez les syphilitiques et les syphilomes utérins dont il faut admettre l'existence. Ces derniers seraient curables. L. GALLIARD.

Du traitement de la syphilis par les injections de succinimide mercurique, par L. JULLIEN (*Gaz. des hôp.*, *mars* 1892).

L'auteur recommande pour ce sel la solution suivante : succinimide mercurique, 0,20 centigrammes ; eau distillée et bouillie, 100 grammes. Chaque seringue contient 2 milligrammes de sel. Jullien n'a jamais dépassé la dose de 2 milligrammes et demi. Faites dans la région fessière, les injections ont été toujours bien tolérées. Le médicament est actif et passe bien dans l'urine. La moyenne du nombre des injections a été de 26 par malade ; certains cas rebelles ont nécessité 32 et même 45 injections. Cette préparation peut être recommandée de préférence aux injections de calomel, lorsque les reins sont malades. F. BALZER.

Ueber intramusculäre Injectionen von Quecksilberpraeparaten, par PETERSEN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 6, *p.* 129, 8 *février* 1892).

Petersen a fréquemment observé une élévation de la température des malades auxquels il pratiquait des injections intra-musculaires de préparations mercurielles insolubles. Chez 54 syphilitiques, il a fait en tout 176 injections de 10 centigrammes de salicylate de mercure, à raison d'une par semaine. Sur les 32 malades offrant des accidents aigus, 22 ont eu l'élévation de température, sur 12 ayant des récidives, 4 l'ont eue, enfin sur les 7 malades atteints d'accidents tardifs, 6 l'ont présentée. On peut dire que l'élévation de température s'est produite dans les 18 pour cent des cas. Sa durée a varié de 1 à 4 jours. Mais Petersen ne croit pas qu'il s'agît là de fièvre. L'administration de 30 centigrammes de quinine a paru apaiser très notablement les douleurs de la première injection.

Dans la discussion du troisième congrès de la Société allemande de dermatologie, Lesser et Epstein déclarent avoir observé de la polyurie à la suite d'injections mercurielles. J. B.

I. — Bacille pathogène du chancre mou, par PUSEY (*Société de dermatologie*, 9 *juin* 1892).

II. — Sur le microbe du chancre mou, par QUINQUAUD et NICOLE (*Ibidem*, 7 *juillet* 1892).

I. — Pusey présente des préparations de bacilles pathogènes du chancre mou. Ces bacilles isolés par un procédé spécial de préparation, par le bleu de méthylène et décoloration par le styrone ou éther de glycérine dilué, se présentent tous sous formes de chaînettes constituées par deux, trois, quatre ou cinq éléments. Les raisons que donne Unna de la spécificité du bacille sont sa profusion, l'absence d'autres micro-organismes dans la profondeur du tissu, son mode spécial de distribution, son mode tout particulier de développement et surtout son identité dans tous les chancres mous typiques. Le bacille est présent dans les espaces lymphatiques, mais non dans les cellules migratrices. C'est un streptobacillus.

II. — Après avoir coloré les coupes de chancre mou avec un bleu de méthyle phéniqué, et les avoir éclairci avec de l'huile d'aniline mélangée de xylol, on voit un bacille en chaînettes tortillées, tordues, très nombreuses et très longues, disposées dans le tissu même du chancre mou excisé; ces cordonnets siègent dans les espaces lymphatiques en dehors des cellules. Ce microbe ne se colore pas par la méthode de Gram, ni par le procédé de Kühne. Les essais de cultures furent négatifs, ainsi que les inoculations aux animaux. La constance de ce bacille, sa multiplicité, ses caractères positifs et négatifs établissent nettement qu'il s'agit d'un bacille spécial qui paraît identique à celui décrit par Unna.

R. JACQUINET.

Recherches de clinique et de bactériologie sur le rhumatisme blennorragique, par JACQUET (*Annales de dermatologie, p.* 682, *juin* 1892).

L'auteur a vérifié la parfaite exactitude de la description de Fournier, relativement à l'ophtalmie rhumatismale. Sur six cas elle s'est développée quatre fois, un ou deux jours avant les symptômes articulaires, une fois en même temps qu'eux, une fois seulement après leur apparition. En second lieu il a noté dans une de ses observations une persistance surprenante de points douloureux fibro-osseux ou fibro-cartilagineux après la guérison de l'atteinte articulaire et de la blennorragie. Deux fois, sur douze malades, le calcanéum était douloureux et hyperostosé en masse, au point de constituer à la région talonnière une déformation considérable, un massif osseux presque triple du massif calcanéen normal; si bien qu'on pourrait désigner cet ensemble sous le nom de pied blennorragique. L'étiologie du rhumatisme blennorragique est fort obscure. Si l'influence des antécédents de rhumatisme a paru nulle, il n'en est pas de même de la fatigue et du surmenage physiques qui dans huit observations semblent avoir joué le rôle de causes provocatrices.

Sur quatre échantillons de liquide articulaire séro-muqueux absolument transparent et limpide, l'auteur n'a pas pu y déceler la présence de micro-organismes quelconques, ni par des examens répétés, ni par des ensemencements sur des milieux divers. D'autre part sur un échantillon de liquide louche pyoïde il a constaté l'existence de diplocoques aplatis bourrant le protoplasma de deux cellules de pus.

Les allures cliniques de certaines formes, l'influence de dépressions nerveuses font songer à l'origine névropathique de ces arthropathies, peut-être par action sur les centres nerveux d'une toxine fabriquée par les gonocoques. Il y a des arthrites plastiques à liquide muco-purulent relevant de la gonohémie, et enfin des arthrites à microbes pyogènes relevant de la pyohémie.

R. JACQUINET.

Emploi du nitrate d'argent dans les inflammations urétrales, par GUITERAS (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis., avril* 1892).

L'auteur est d'avis que le nitrate d'argent ne convient pas seulement aux cas chroniques, mais aussi aux cas aigus. En augmentant graduellement le titre de la solution de 0,75 à 1,25 de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau. La dose moyenne est de 0,50 à 0,60 centigrammes.

Quand l'écoulement diminue on emploie des solutions de plus en plus faibles. Le nitrate d'argent convient surtout dans la cystite blennorragique et dans les formes granuleuses de l'urétrite chronique. L'auteur rejette le nitrate d'argent comme agent abortif de la blennorragie.

F. BALZER.

Traitement abortif de la blennorragie, par JANET (6e *Cong. fr. chir. et Bullet. méd.*, 15 *mai* 1892).

Ce traitement consiste dans l'emploi d'une solution de permanganate de potasse, avec laquelle on fait plusieurs lavages de l'urètre antérieur, pendant environ 4 jours; le titre de la solution varie entre 1/1000 et 1/4000. Les trois premiers lavages sont espacés d'environ 5 heures; les suivants ont lieu toutes les 12 heures, et tous les gonocoques sont détruits. OZENNE.

Considérations sur la blennorragie, ses microbes et ses complications. Traitement du rhumatisme blennorragique par les injections de sublimé, par Louis JULLIEN (*Union médicale*, 5, 12, 15, 19 *mars* 1892).

Jullien regarde comme un point au-dessus de toute contestation que le pus de la chaudepisse ordinaire est un pus à gonocoques, et que le gonocoque ne se trouve que dans les écoulements vénériens réellement blennorragiques. Il admet que les arthropathies blennorragiques peuvent être, les unes dues à la présence de gonocoques, les autres purement inflammatoires, pyogéniques simples. — Il rapporte un cas de rhumatisme blennorragique datant de 6 jours, observé chez une femme qu'il traita par des injections quotidiennes dans la région fessière d'une solution contenant 40 centigrammes de sublimé, 1 gramme de chlorure de sodium, 100 grammes d'eau distillée. Au bout de 9 injections, le rhumatisme était guéri; il avait duré en tout 15 jours. H. L.

Traitement méthodique de la blennorragie régulière chez l'homme, par P. THIÉRY (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, *juin* 1891).

Pour l'auteur, la blennorragie régulière est celle qui survient chez un sujet n'en ayant jamais eu ou complètement guéri d'une atteinte antérieure. Cinq périodes :

1re période ou de début (du 1er au 3e jour). — Deux méthodes : *a.* Abortion par instillation d'une solution de nitrate d'argent au 40e (1, 2 ou 3 dans les 24 heures) après lavage urétral avec une solution concentrée d'acide borique. — *b.* Diurétiques.

2e période ou d'état aigu. — Deux méthodes également : ou bien, diurétiques, alcalins, bains, etc., ou bien, injections d'huile iodoformée (durée moyenne du traitement 12 jours).

3e période ou de déclin (du 15e au 30e jour). — Balsamiques et injections iodoformées, ou balsamiques seuls si l'on n'a pas fait d'injection dès la deuxième période.

4e période ou blennorragie prolongée (du 2e au 3e mois). — Instillations précoces au nitrate d'argent quand même l'écoulement n'est pas réduit à une goutte.

5e période ou blennorragie invétérée (au delà du 3e au 4e mois). — Instillations.

Traitement général : régime: interdiction de la marche, des efforts, des veilles, du café, de l'alcool et du coït : ce dernier, formellement défendu dans les trois premières périodes, est toléré dans les 4e et 5e chez les malades ayant des érections ou des pollutions trop nombreuses. Continuer les prescriptions hygiéniques au moins pendant un mois après la cessation du traitement médicamenteux. R. JAMIN.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Dangers of anesthœsia by ethyl-bromide, par J. H. BRINTON (*Therap. Gazette, avril* 1892).

Le bromure d'éthyle a été récemment préconisé comme succédané du chloroforme, surtout par Witzel, de Francfort. Il a l'avantage d'agir très vite, de provoquer une narcose subite au bout de quelques inspirations, sans excitation préalable pour ainsi dire, et de ne point entraîner de nausées ni de vomissements. Brinton le déconseille néanmoins comme anesthésique général, à cause de quelques accidents auxquels il donne lieu. Ainsi, frequemment il entraîne de la contracture, parfois de l'opisthotonos, ou de la contraction des muscles abdominaux : de plus, les hémorragies paraissent être plus abondantes et plus sérieuses chez les malades ainsi anesthésiés, à cause de l'élévation de la tension artérielle. H. R.

Ueber Bromaethylnarkose, par GILLES (*Berlin. klin. Wochens., n° 8, p.* 166, *et n°* 9, *p.* 195, 22 *et* 29 *février* 1892).

Gilles a pratiqué, sans accidents, plus de 1,500 anesthésies avec le bromure d'éthyle. Les doses qu'il emploie varient, suivant l'âge et l'individu, de 3 à 15 grammes seulement. Une odeur éthérée agréable, une vaporisation très rapide et une réaction neutre sont les trois caractères principaux indiquant la pureté du produit, indispensable à une bonne anesthésie. Il est deux autres conditions nécessaires pour que celle-ci soit bien faite. Au lieu de verser goutte à goutte le liquide, comme s'il s'agissait de chloroforme, on doit tout de suite en répandre la valeur d'une cuillerée à thé. Le masque doit recouvrir la bouche et le nez. Gilles a imaginé un masque à couvercle dont on trouvera la description dans son travail. En procédant ainsi, l'anesthésie se produit dans un temps variable de un quart de minute à 2 minutes, rarement plus. Les muscles sont plutôt contracturés que relâchés. Les réflexes cornéens et pupillaires sont généralement conservés. L'analgésie apparaît avant que la conscience ait disparu.

Depuis 3 ans, il a été fait en Allemagne environ 20,000 anesthésies avec l'éther bromhydrique pur, sans un seul cas de mort. Les accidents mortels qui ont été signalés, sont le résultat ou de l'emploi de doses

colossales ou plus souvent encore d'une confusion trop fréquente avec le bromure d'éthylène.

Gilles résume ainsi son expérience sur le bromure d'éthyle à titre d'anesthésique.

Il a pour avantages l'extrême facilité d'application; l'innocuité des petites doses; la production très rapide de l'anesthésie et le réveil également prompt; la rareté des phénomènes incommodes consécutifs; la possibilité de se passer d'un confrère. Il a d'autre part comme inconvénients : l'impossibilité d'en faire usage pour des opérations longues; une phase d'excitation parfois extrêmement violente qui paraît tenir à la nature spéciale des rêves qu'il détermine (actes accompagnés de mouvements physiques), et enfin la persistance pendant 2 ou 3 jours d'une haleine alliacée (*R. S. M.*, XXXVI, 238 et 239). J. B.

Ein Todesfall nach Bromaethylnarcose, par HAFFTER (*Wiener klinische Wochens*, 1892, *et Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er *avril* 1892).

Ouvrier âgé de 48 ans, atteint d'un anthrax de la région deltoïdienne; prostration, teint ictérique, pouls fréquent et température au-dessous de la normale. On l'endort, pour l'opérer, avec 20 grammes de bromure d'éthyle. Au bout de 50 secondes, l'anesthésie était obtenue et on pratique 4 incisions longitudinales et 3 transversales. L'opération est suivie d'une phase courte d'agitation violente, comme on l'observe souvent chez les alcooliques avant leur réveil. Lorsqu'on redressa le malade pour le panser, il fut brusquement pris de cyanose; il fit mouvoir sa bouche comme pour cracher. Quelques secondes plus tard, soit environ 3 minutes après le début de l'anesthésie, arrêt des mouvements cardiaques et respiratoires. La respiration artificielle ne provoqua que 2 inspirations spontanées. On n'entendit plus les bruits du cœur. Les efforts pour ranimer le malade furent continués une heure et demie sans succès.

Autopsie : cerveau pâle exhalant l'odeur de bromure d'éthyle. Larynx et trachée vides. Poumons bien aérés; abondante sérosité spumeuse dans leurs régions postérieures. Sur les coupes, le parenchyme pulmonaire répand une légère odeur de bromure d'éthyle. Rate hyperémiée, friable, longue de 15 centimètres sur 9 1/2 de large. Le contenu gastro-duodénal a l'odeur de bromure d'éthyle. Le cœur, gros comme le poing, est très graisseux.

Haffter ajoute qu'il a pratiqué, avec cette substance, plus de 1,000 anesthésies sans le moindre accident. Mais il n'est jamais sans danger de redresser un anesthésié, surtout quand il est atteint d'une affection septique, quel que soit l'anesthésique employé. Depuis 1 an, Haffter ne dépasse jamais la dose de 15 grammes chez l'adulte et de 5 chez l'enfant.

J. B.

Epilepsie jacksonnienne; trépanation; ablation d'une petite tumeur et excision corticale, par Charles MILLS et W. KEEN (*The Americ. j. of the med. sc.*, p. 587, *décembre* 1891).

S. W..., femme de 27 ans. Jusqu'à l'apparition des premiers symptômes de convulsions pour laquelle on l'opéra, avait été d'une excellente santé, à l'exception d'une otite chronique dans l'enfance, ayant laissé une perforation du tympan.

Il y a dix ans, première attaque hémiparesthésique gauche ayant duré quelques instants, sans convulsions, sans perte de connaissance. Depuis ce temps, à intervalles irréguliers, se reproduisaient des attaques. Ce n'est

qu'un mois après cette première attaque que se montrèrent des convulsions dans les membres supérieur et inférieur gauches. Puis tous ces accès augmentèrent de nouveau d'intensité, et se montrèrent jusqu'à six ou sept fois en vingt-quatre heures.

L'attaque commence par de l'aura dans le bras gauche, puis s'étend aussi par le coude et l'épaule ; la jambe se prend et les convulsions surviennent. L'avant-bras et le coude gauche sont fortement fléchis, la main solidement cramponnée à la poitrine. La perte de connaissance ne paraît pas absolue. La malade se plaint d'une vive douleur à la région précordiale.

Prises d'abord pour des crises d'hystéro-épilepsie, ces attaques, localisées du côté gauche, entraînèrent à intervenir.

Tumeur adhérente avec la dure-mère ; mais, en incisant, on put voir qu'elle avait la pie-mère comme point de départ. Celle-ci était adhérente à la dure-mère et, peu à peu repoussées l'une et l'autre, confondues avec la tumeur, étaient venues se creuser une petite loge à la face interne du crâne. Avec les ciseaux on circonscrit la tumeur et on fit son ablation ainsi que celle des membranes avec lesquelles elle se confondait. Cinq circonvolutions mises au jour, ne présentaient rien d'anormal.

Avec le courant faradique, les centres corticaux sont soigneusent excités: en quatre points, deux sur la pariétale ascendante, deux sur la frontale, à leur partie supérieure. En un point, l'excitation produisait des mouvements du coude et de l'avant-bras avec adduction forcée du membre entier. La cuisse se fléchissait et la jambe se mettait dans l'abduction avec extension forcée du pied et des orteils. En même temps apparaissaient des mouvements cloniques rapides dans les extrémités, analogues à ceux que présentait la malade pendant ses attaques ordinaires, avec cette exception que la tête n'était pas tournée du côté droit et qu'il n'y avait pas de mouvements de la face. Ces expériences, répétées à deux reprises, donnent les mêmes résultats. On se décide à exciser cette région motrice pour explorer la zone sous-corticale et aussi pour prévenir le retour des spasmes en enlevant le point qui paraissait être le point de départ.

Avec des ciseaux et un bistouri, un disque de trois quarts de doigt de diamètre de la substance corticale fut enlevé, comprenant toute l'épaisseur de la substance grise au-dessous de la tumeur et correspondant au centre du coude. Le bras, la jambe et la face, soigneusement examinés pendant l'excision ne présentèrent aucun mouvement.

Après l'excision se montra une hémorragie qui fut assez difficile à arrêter et nécessita la pose de deux ligatures passées dans la substance cérébrale elle-même. Drainage. Suture au crin de cheval. Pas de réimplantation osseuse. Au dixième jour, la malade pouvait être considérée comme guérie.

La tumeur, examinée en apparence, paraissait un corps de Pacchioni hypertrophié, mais le microscope démontra qu'elle était formée de tissu sarcomateux et, autour d'elle, de la pachyméningite hémorragique, qui paraît la cause probable des attaques d'épilepsie. Malheureusement l'irritation avait été trop longtemps exercée et la lésion de l'épilepsie était devenue définitive ; c'est à ce fait qu'il faut probablement attribuer la persistance des attaques après l'opération, quoique moins violentes et moins fréquentes, à moins comme le pense le Dr Mills, il persiste encore une tumeur ou une infiltration sarcomateuse de la substance cérébrale.

La paralysie persiste dans les membres gauches jusqu'au 1er janvier 1891 22 jours après l'opération. A ce moment, la malade peut fléchir et écarter les doigts, la main se relève, mais aucun mouvement dans le coude ou l'épaule. Ce n'est qu'au 33e jour que les mouvements étaient revenus dans les membres supérieur et inférieur; ils étaient réapparus progressivement.

Le jour de l'opération, une attaque s'est montrée sans que la malade en

ait eu conscience. Les extrémités gauches et la face n'avaient pas été atteintes. Les jours suivants, les attaques se montrèrent au nombre de deux ou trois par vingt-quatre heures. Et ce nombre est à peu près celui qu'elle conserva.

Les convulsions n'ont jamais eu l'intensité et la fréquence qu'elles avaient présentées avant l'intervention. F. VERCHÈRE.

Aphasie causée par une hémorragie sous-dure-mérienne sans signe extérieur de traumatisme. Opération. Guérison, par BREMER et CARSON (*The Am. J. of the med. sc., p.* 134, *février* 1892).

X..., âgé de 11 ans, bonne santé. Après une chute, il rentra chez lui et le lendemain, ses parents le trouvèrent endormi dans la cour de leur maison. Il resta chez lui se plaignant seulement d'un violent mal de tête du côté gauche. De temps en temps il vomissait, mais l'appétit était bon. Ce n'est qu'une semaine plus tard qu'il perdit subitement connaissance et tomba dans la rue. Cette attaque fut courte et il put rentrer et se mettre au lit. Dès ce moment, apparut la difficulté de la parole.

L'aphasie était absolue quelques jours après. L'expression de la figure est normale ; il comprend ce qu'on lui dit ; aucun signe de paralysie ; aucune trace de lésion au niveau de la tête. Chaque mot est compris, mais il ne peut nommer aucun objet qu'on lui présente ; nomme-t-on cet objet, il dira oui ou non justement, suivant qu'on prononce le véritable nom ou qu'on en profère un autre.

Le diagnostic porté à cette date fut : foyer sanguin probablement extra-dure-mérien comprimant le pied de la 3ᵉ frontale (de Broca) et le pied de la 2ᵉ frontale (probablement centre du langage écrit, actionnant aussi les centres de la face et de la langue).

Trépanation par Carson. Lambeau semi-circulaire ayant comme centre le ptérion. La dure-mère même a une paroi épaissie, sans battements. On augmente l'étendue de la brèche osseuse.

A l'incision de la dure-mère s'écoula un flot de sang épais, demi-liquide et qui se projeta à 2 ou 3 pieds de distance. Le centre semblait répondre à la branche antérieure de la méningée moyenne entre la dure-mère et l'arachnoïde. Le foyer fut soigneusement nettoyé avec une curette mousse et de petites éponges. Il n'y eut pas d'hémorragie. On fit un drainage avec des crins de cheval, mais pas de suture de la dure-mère. Un drainage de caoutchouc fut placé sous le lambeau qui fut suturé.

Le lendemain, quelques spasmes cloniques dans le côté droit de la face. Le malade est hébété et ne peut parler. Complète aphasie motrice.

Puis, le jour suivant, le malade peut dire oui et non ; prononciation défectueuse de certains mots, par trouble moteur de la langue légèrement déviée.

Peu à peu la parole revient avec l'intelligence et le 9ᵉ jour le malade peut être considéré comme guéri.

Revu trois mois plus tard, il restait parfaitement guéri. F. VERCHÈRE.

Traumatic hœmorrhage... (Hémorragie traumatique, aphasie, hémiplégie partielle et hémianesthésie. Trépanation, ablation du caillot. Guérison, par Allen STARR et Charles MACBURNEY (*Brain, p.* 284, *LIV*, 1891).

Un médecin (40 ans) fait une chute de voiture et se heurte la tête contre une pierre. Aucun accident sur le moment, quelques heures plus tard, bourdonnement d'oreilles et somnolence, puis délire et coma : le lendemain, hémiplégie droite et aphasie. Huit jours après, retour de la connaissance, mais persistance d'une aphasie purement motrice, hémianesthésie sensitive, mais non thermique, hémiplégie motrice partielle.

Au bout de trois mois, même état, intelligence nette, mais parole nulle : mouvements médiocres, contraction des membres paralysés, diminution de la sensibilité tactile.

On diagnostiqua une hémorragie veineuse sous-méningée, d'après la lenteur du début des accidents et surtout en raison de l'absence d'hémiplégie faciale et linguale.

Trépanation le 13 décembre au niveau de la partie postéro-externe du frontal gauche, mise à nu de la dure-mère sur une longueur de deux pouces. Pie-mère œdémateuse non pulsatile. Caillot occupant la partie postérieure de la troisième frontale et le sillon de Rolando : le tiers inférieur de la frontale ascendante n'est pas comprimé par le caillot. On l'enlève parcelle par parcelle avec de petites éponges, puis on draine et on panse à la gaze iodoformée.

Trois jours après, on constate que le cerveau bat dans sa totalité, guérison de la plaie en trois semaines. Retour rapide de la parole et de l'intelligence, ainsi que du mouvement des jambes, guérison finale complète en 2 mois, persistance de la contracture. H. R.

I. — Crâniectomie exploratrice, par GIRARD (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hopit.*, 26 *avril* 1892).

II. — Crâniectomie à lambeau chez un enfant arriéré, par LARGEAU (*Ibidem.*)

III. — Deux cas de craniectomie, par CHÉNIEUX (*Ibidem*).

I. — Ce fait concerne un jeune homme de 26 ans qui, un an après s'être tiré deux balles dans la tête, fut pris de faiblesse croissante des membres du côté gauche, lesquels ne tardèrent pas à être totalement paralysés. C'est ce que l'on constate actuellement et en plus, ptosis et dilatation de la pupille, à droite; léger degré d'anesthésie des membres supérieur et inférieur gauches, dont les mouvements provoqués sont accompagnés d'un tremblement choréique très accentué. Exagération des réflexes plantaire et rotulien ; violente céphalalgie à droite.

Incision des téguments circonscrivant la zone rolandique, section osseuse suivant cette incision. Sous la dure-mère existe une saillie formée par un liquide rouge, contenant des grumeaux, résultat probable de la transformation d'un hématome. Pas de lésion cérébrale apparente, pas de balles perçues. Pansement antiseptique. Disparition des accidents pendant un mois. Retour de ces derniers et mort par suicide.

II. — Enfant de 3 ans, ne pouvant ni marcher, ni parler, ni saisir les objets, et présentant de la contracture des membres. Le plus souvent, le tronc est courbé et la tête fléchie ; le crâne, de forme ovalaire, ne mesure que 45 centimètres de circonférence; les fontanelles et les sutures ont disparu. Sur le côté gauche, on taille un lambeau de 8 centimètres de long sur 7 de large et on enlève une large plaque osseuse, qui est ensuite réappliquée.

Amélioration immédiate, qui va en s'accroissant peu à peu, et sept mois plus tard l'enfant peut prononcer quelques paroles et tenir les objets. L'intelligence est plus éveillée, mais la marche est encore impossible.

III. — Relation de deux observations de crâniectomie pour des enfants arriérés. Résultats satisfaisants.

L'auteur est d'avis que dès la première séance on doit pratiquer d'emblée la crâniectomie transversale totale. OZENNE.

Fracture de la base du crâne; écoulement intermittent de liquide céphalo-rachidien par le nez, par FAVIER (*Gaz. hebd. Paris*, 4 *juin* 1892).

Jeune homme, atteint, à la suite d'un coup de pied de cheval sur la face,

de perte de connaissance, d'une plaie de l'arcade sourcilière, d'une autre plaie de la région malaire. Ecoulement de sang par le nez et par la bouche ; le lendemain de l'accident, écoulement par l'oreille d'un liquide clair ; le malade assis, semblable liquide sort par une sonde placée dans les fosses nasales. On peut à volonté provoquer ou faire cesser cet écoulement en faisant asseoir ou coucher le blessé. Pendant trois jours il fut possible de constater le même écoulement intermittent de liquide céphalo-rachidien ; puis il cessa totalement et au bout de six semaines tout accident de la fracture avait disparu. OZENNE.

Deux cas de chirurgie rachidienne. Trépanation, par BOIFFIN (6e *Cong. fr. chir. et Bulletin méd.*, 4 *mai* 1892).

1° Fracture du rachis dans la région lombaire avec paraplégie.

Trois mois après l'accident, trépanation des 2e, 3e et 4e lombaires; malgré l'écrasement de la moelle au niveau de la 2e lombaire, il y eut une amélioration considérable de la sensibilité et du mouvement; mais l'infection urinaire détermina la mort deux mois plus tard;

2° Compression médullaire cervicale probablement tuberculeuse ; trépanation des 2e, 3e et 4e cervicales.

Actuellement, cinq mois après l'Intervention, le malade, qui ne pouvait faire aucun mouvement, se sert un peu de ses mains, soulève sa tête et la tourne assez facilement. OZENNE.

Fracture de la colonne vertébrale avec section complète de la moelle, par VÉNOT (*Journ. méd. Bordeaux*, 27 *mars* 1892).

L'intérêt de cette communication, concernant une fracture de la dixième dorsale et une section complète de la moelle, réside dans les points suivants : longueur du temps écoulé entre le moment du traumatisme et le jour de la mort (77 jours). Développement d'une cystite purulente et d'une pyélo-néphrite ascendante, ce qui, il est vrai, est fréquent; et surtout abolition des réflexes (fait corroborant l'opinion de Charlton Bastian). OZENNE.

Non fatal laceration of the spinal cord, par Roswell PARK (*Medical news*, *p.* 544, 14 *mai* 1892).

1° — Dans un éboulement, un homme est violemment frappé dans la région dorsale; ses membres inférieurs sont aussitôt atteints de paralysie et d'anesthésie. Il existait une fracture de la colonne vertébrale, et la lésion de la moelle devait siéger au niveau de la 10e ou 11e vertèbre dorsale. Comme il était impossible de déterminer si la moelle était comprimée ou déchirée, on pratiqua une incision. Les arcs des 10e, 11e et 12e vertèbres étant enlevés, on trouve le canal vertébral rempli de débris de la moelle et de sang. Il persistait encore une portion de la moelle qui paraissait intacte.

Le patient a guéri définitivement de son opération, mais on n'a constaté ni amélioration ni aggravation dans les troubles paralytiques.

2° — Un homme de 37 ans, atteint de cyphose consécutive à un mal de Pott guéri par ankylose, reçoit un traumatisme dans la région dorsale. Au bout de 24 heures on constate, dans les membres inférieurs, paralysie motrice complète, anesthésie cutanée, avec conservation du sens musculaire. Cette paralysie ne s'était établie que progressivement, ce qui fit diagnostiquer une hémorragie intra-spinale.

Une incision de chaque côté des apophyses épineuses des 9e, 10e, 11e et 12e dorsales, suivie de la division des lames vertébrales, découvre la dure-mère, qui est saine; cette membrane incisée, il s'échappe une quantité consi-

dérable de sang épanché, et la mœlle apparaît intacte. Deux points de suture sont placés sur la dure-mère, et la plaie cutanée est suturée.

Le patient vécut une semaine. La plaie guérit sans complication, mais la paralysie ne fut en rien modifiée. Das lésions pulmonaires, qui existaient lors de l'accident, s'accrurent bientôt, et le malade mourut de marasme et de faiblesse.

A l'autopsie on constate l'absence de fracture et de lésion de la moelle au niveau de l'opération, mais plus haut, au siège de la difformité angulaire, il y avait eu fracture et déplacement avec compression de la moelle. Pas de méningite septique. MAUBRAC,

Énorme spina bifida guéri par l'extirpation, par PONCET (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 23 *avril* 1892).

Enfant de 20 mois, portant au niveau du sacrum une volumineuse tumeur congénitale, dont une ponction avait déjà retiré un liquide clair.

Cette tumeur, largement sessile, était molle, fluctuante, opaque et irréductible. Pas de troubles par la compression ; état général bon. Par une longue incision, issue de 2 litres de liquide hématique.

La poche, très amincie à sa partie inférieure, était épaisse à sa partie supérieure, où existait un trou peu profond sur la face postérieure du sacrum. Décortication de toute la poche, sauf au niveau du sacrum; extirpation suivie d'avivement et de sutures de l'orifice, sutures superficielles. Guérison.

OZENNE.

Congenital multilocular sacro-coccygeal cyst ; operation ; recovery, par HUBER (*Med. News, p.* 531, 7 *mai* 1892).

Observation d'une fille, qui à sa naissance présentait un kyste multiloculaire semblant provenir du sacrum et du coccyx. La masse avait 4 pouces de long et trois pouces de large, mais sans pédicule distinct; de grosses veines superficielles couraient sur la tumeur. Le dix-neuvième jour, en enleva le kyste, mais on dut abandonner une petite portion de la tumeur, située à droite, qui plongeait vers le rectum. A l'âge de deux mois, ce reliquat fut enlevé: la masse contenait quelques kystes plongés dans une masse lipomateuse. Le rectum fut découvert sur l'étendue d'un pouce. En séparant les adhérences du coccyx (origine évidente de la tumeur), se présenta un kyste allongé simulant une communication avec le canal vertébral.

Les premiers kystes enlevés, très nombreux, pesaient 200 grammes, et étaient séparés les uns des autres par du tissu fibreux dense. MAUBRAC.

I. — Nerve grafting (La greffe des nerfs), par Damer HARRISON (*Brit. med. journ., p.* 602, 19 *mars* 1892).

II. — Nerve grafting, par Pickering PICK (*Ibidem, p.* 656, 26 *mars* 1892).

I. — Quand les nerfs sectionnés ne peuvent pas directement être suturés bout à bout, il y a lieu de pratiquer la greffe des nerfs.

L'auteur rapporte huit cas où cette opération a été pratiquée, dont un personnel. Un garçon de 13 ans se coupe le poignet et le nerf médian, ainsi que le cubital : paralysie motrice et sensitive consécutive : il entre à l'hôpital 11 semaines après l'accident. Les doigts sont fléchis et contracturés, la main bleue, la peau lisse, les muscles de l'éminence thénar atrophiés. En incisant la région du poignet, on trouve le nerf médian détruit sur une longueur de 2 pouces et les tendons fléchisseurs réunis et un moignon cicatriciel.

Après avoir séparé les tendons, l'auteur rafraîchit les extrémités du nerf par une incision nette, et greffe par juxtaposition, au moyen d'une suture de catgut, un fragment de nerf sciatique d'un jeune chat d'une longueur correspondante. Le membre est ensuite pansé antiseptiquement, immobilisé, et les doigts étendus. Guérison de la plaie par première intention. La sensibilité reparaît dans la paume de la main au bout de 48 heures, et s'étend bientôt aux doigts avec quelques anomalies dans la localisation des impressions sensitives.

Trois mois plus tard, disparition de l'atrophie des muscles thénar; retour du mouvement au bout de 5 mois.

Harrison rapporte dix cas de ce genre; trois guérisons complètes, six guérisons partielles et un insuccès.

II. — Un nouveau cas de greffe nerveuse est rapporté par Pick. Il s'agit d'une petite fille qui s'était coupé l'avant-bras en janvier 1889. On sutura les tendons, mais le nerf médian ne put être trouvé, et il s'ensuivit de l'anesthésie et de l'atrophie musculaire. En avril 1891, Pick rechercha les deux bouts du nerf séparés d'un pouce au moins. Il disséqua une portion du névrilemme au-dessus de la cicatrice, et s'en servit comme de greffe pour la suture au bout inférieur. La sensibilité reparut, et en octobre l'enfant était guérie. H. R.

Traitement chirurgical de la sciatique des variqueux, par QUÉNU (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpitaux*, 30 *avril* 1892).

Chez certains variqueux il existe des varices du nerf sciatique dans la portion fessière ; quelquefois elles donnent lieu à des douleurs sur le trajet du nerf, douleurs que la compression par un bas élastique peut faire disparaître.

Dans certains cas, ces douleurs, qui sont dues à une phlébite des veines adhérentes aux nerfs de voisinage, ce que l'exploration révèlera parfois, ne cèdent que devant une intervention chirurgicale, consistant dans la résection des veines variqueuses. Cette opération, que l'auteur a mise en pratique sur plusieurs malades, a été facile, inoffensive et efficace. OZENNE.

Neurectomy of the great sciatic nerve, par Merrill RICKETTS (*Med. News*, *p.* 702, 18 *juin* 1892).

Un homme de 27 ans avait été frappé, il y a deux ans, d'un coup de feu à la cuisse, la balle avait pénétré à 4 pouces au-dessus des condyles, lésant le sciatique. Depuis cette époque, des douleurs très vives persistèrent. Le sciatique se divisait beaucoup plus haut qu'à l'état normal et grâce à cette anomalie la branche interne avait été seule touchee. Au point lésé, le nerf était augmenté de volume sur une distance de un pouce et demi ; on le réséqua ; la guérison se fit sans incident, la douleur disparut graduellement, et au bout de 22 jours, le patient quittait l'hôpital. MAUBRAC.

Intracranial neurectomy... (Neurectomie intra-crânienne des seconde et troisième branches de la 5e paire), par HARTLEY (*N. York med. journ.*, *p.* 317, 19 *mars* 1892).

Un homme de 46 ans souffre, depuis 1882, d'une névralgie faciale à gauche. Les douleurs ont été si violentes, qu'en 1884, on a excisé le nerf sous-

orbitaire et le ganglion de Meckel et, qu'en 1886, on a sectionné le nerf dentaire inférieur. Ces opérations n'ont pas calmé les souffrances.

Le 15 août 1891, l'auteur pratique à la tempe une incision en forme d'omega majuscule allant jusqu'à l'os. Celui-ci est entaillé à l'aide d'un ciseau et l'ouverture permet d'introduire au-dessous du squelette un petit levier qui brise l'os sur une ligne qui réunirait les deux extrémités de l'omega. On obtient ainsi une sorte de lambeau comprenant la peau, le muscle, le périoste et l'os.

Le lambeau étant rabattu, on lie la méningée moyenne ; la dure-mère est séparée du squelette et l'on atteint le plancher de l'etage moyen de la base du crâne. On arrête l'hémorragie avec des éponges. La seconde et la troisième branche de la 5e paire étant isolées au niveau du trou grand rond et du trou ovale, on en excise un segment aussi long que possible. On replace le couvercle osseux ; le périoste, puis le muscle et la peau, sont suturés ; drainage, pansement antiseptique.

L'opération a duré 1 heure 40.

Anesthésie dans le domaine des deux branches réséquées (maxillaire supérieure et maxillaire inférieure). Paralysie du masséter, du buccinateur, des ptérygoïdiens. Ptosis, ophtalmoplégie externe (les nerfs moteurs de l'œil ont été lésés pendant l'opération). La pupille est normale.

Pour ce qui concerne la névralgie, le succès est complet. Le 30 septembre, l'opéré déclare qu'il est délivré de ses douleurs et qu'il a gagné seize livres. La paralysie de la 3e paire a disparu. La paralysie des muscles masticateurs n'a produit que de légers désordres. L. GALLIARD.

Atrophie osseuse symptomatique des névrites traumatiques, par MOTY (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 21 *avril* 1892).

Moty rappelle que la névrite existe dans presque tous les cas de traumatisme et que les atrophies consécutives à ces derniers ne restent pas toujours limitées aux parties molles ; le système osseux est parfois atteint. L'auteur en cite trois exemples à la suite de fractures de jambe; la diminution de volume, qui peut survenir rapidement et intéresser le membre, siège surtout dans le tarse et le métatarse, beaucoup plus rarement dans les orteils. Souvent il y a excavation et atrophie de la plante du pied. OZENNE.

Two cases of aneurysm... (Deux cas d'anévrismes traités par des injections de liquides coagulants), par Thomas SMITH (*St-Barth. hosp. Rep.*, *XXVII*, *p.* 253).

1° Homme de 39 ans, anciennement syphilitique. Depuis un an, douleur dans le bras droit. On note depuis cinq mois la présence d'une tumeur pulsatile sous-claviculaire, sans souffle ni coagulation appréciable. Traitement infructueux par l'iodure de potassium, puis par la compression de la sous-clavière. Plus tard, introduction dans la poche anévrismale d'aiguilles : répetition de l'acupuncture un mois après, sans succès.

Le 1er avril, injection de 5 gouttes de perchlorure de fer dans le sac, après application préalable de la bande d'Esmarch sur le bras. Deux injections sont ainsi pratiquées en quelques minutes. Après la deuxième injection, le malade tombe dans le coma, avec respiration stertoreuse, déviation conjuguée des yeux à gauche, suppression des battements de la faciale et de la temporale droite. Mort six heures après l'opération.

L'autopsie montra des caillots opératoires dans l'artère vertébrale droite, dans la cérébelleuse inferieure droite, la cérebelleuse supérieure gauche, la

sylvienne, la faciale droite et la scapulaire supérieure. Par contre, l'anévrisme n'était pas oblitéré par des caillots.

2° Homme de 61 ans, atteint d'anévrisme de l'aorte abdominale occupant l'hypochondre gauche et ayant le volume d'une grosse orange, pulsatile. Douleurs violentes dans le dos et vers les membres inférieurs.

Traitement. Injection d'un demi-drachme de glycérine au tannin. Immédiatement après, sensation d'engourdissement et accroissement de la douleur lombaire, sans diminution des battements de la tumeur. Celle-ci devint plus volumineuse et plus douloureuse, mais les jours suivants elle s'indure et les battements diminuent. Quinze jours après, répétition de l'injection : mêmes phénomènes, accroissement de la douleur. Le malade se maintint ainsi du mois de novembre au mois d'avril. Mort subite par hémorragie.

L'autopsie montra également une poche anévrismale rompue, mais tapissée par très peu de caillots. H. R.

I. — Anévrisme diffus du coude, par MONTAZ (*Dauphiné méd.*, *février* 1892).

II. — Observation d'anévrisme intra-cardiaque, par VIDAL (*Loire méd.*, 15 *mai* 1892).

I. — Homme de 55 ans. A la suite d'un traumatisme, gonflement du coude droit, consistant en une tuméfaction juxta-articulaire, plus prononcée en dedans. Suppression des mouvements du coude. Pas de battements, pas de thrill, pas de souffle au niveau de la tuméfaction. Pulsations de la radiale et de la cubitale normales. A la région cervicale, à droite, la carotide primitive n'existe pas à sa place normale et l'on note une tumeur d'origine ancienne, probablement un anévrisme artériel.

Par une incision faite sur le point culminant de la tumeur du coude, on pénètre dans une poche considérable, siégeant entre la face antérieure de l'articulation du coude et les muscles antérieurs et remplie de caillots fibrineux. Un suintement sanguin se produisant profondément et la poche ne pouvant être plus explorée sans danger, on pratique au-dessus la ligature de l'humérale.

Quelques jours plus tard, les hémorragies ayant continué, on dut recourir à la ligature de l'axillaire qui, étant insuffisante, fut suivie de l'amputation au-dessous des insertions du deltoïde. Guérison.

La biopsie du membre a démontré qu'il s'agissait d'un anévrisme diffus, communiquant avec la cavité articulaire, dont la synoviale, les cartilages et les surfaces osseuses étaient détruits; l'olécrâne était séparé du reste du cubitus. Athérome des artères.

II. — Jeune femme de 22 ans, scoliotique, atteinte depuis quelques semaines, après une légère atteinte de rhumatisme musculaire, de douleurs épigastriques et de vomissements. Dyspnée intense, sueurs abondantes, cyanose des lèvres; quelques râles bronchiques, souffle systolique de la pointe à la base, double souffle à la base et bruit de galop. Pouls rapide, régulier et fort; pouls veineux hépatique très accusé. Mort dans un accès de dyspnée. Les lésions trouvées à l'autopsie ont été les suivantes : endocardite végétante et ulcéreuse; insuffisance aortique et anévrisme de la cloison interventriculaire avec communication entre l'oreillette droite et le ventricule gauche.

OZENNE.

Hepatic surgery, par Knowsley THORNTON (*Brit. med. j.*, *p.* 965, 9 *avril* 1892).

Voici les conclusions du mémoire :

1° L'incision exploratrice est inoffensive et donne des renseignements précieux pour le diagnostic et le traitement ;

2° L'exploration des conduits biliaires est relativement facile ;

3° Des calculs de grandeur moyenne enclavés dans les conduits biliaires sont aisément traités par la malaxation et l'écrasement, soit au moyen du doigt, soit par la forcipressure : les calculs volumineux sont plus sûrement guéris par l'incision, l'ablation complète, et la suture secondaire des canaux biliaires ;

4° Dans les cas où on laisse des débris dans les conduits biliaires, la vésicule doit être ouverte, suturée à la paroi abdominale et drainée ;

5° Quand les conduits sont ouverts et suturés, on doit passer un drain à leur niveau, dans la cavité péritonéale ; il est également utile de drainer le tissu conjonctif qui entoure la vésicule biliaire. H. R.

Removal of a solid tumour from the liver, par L. M. TIFFANY (*Internat. med. Magazine, avril* 1892).

Homme de 25 ans, atteint en 1886 de fièvre bilieuse et depuis lors souffrant constamment de l'épigastre. En 1889, développement d'une tuméfaction localisée à gauche de la ligne médiane, dans l'hypochondre gauche, à deux pouces au-dessus de l'appendice xyphoïde. Cette tumeur est douloureuse à la pression et suit manifestement les mouvements du foie. Incision à ce niveau, mise à nu du foie : on constate une tumeur limitée du lobe gauche, qu'on traverse d'une aiguille sans faire sourdre de liquide. Suture du péritoine et du foie autour de la tumeur, puis excision de celle-ci avec des ciseaux, et cautérisation secondaire avec le thermocautère. Hémorragie en nappe et pansement avec de la gaze iodoformée. Guérison. 18 mois plus tard, le malade va bien et ne souffre plus. L'examen de la tumeur montra du tissu hépatique infiltré d'exsudats, et parsemé de sable urique ; bref une sorte de cirrhose partielle d'origine calculeuse. H. R.

Traitement des kystes hydatiques par l'incision ou les injections de sublimé, par BOUILLY (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 3 *mai* 1892).

L'incision et les injection de sublimé, dans le traitement des kystes hydatiques, constituent deux méthodes qui s'appliquent à des cas différents. La première s'adresse aux kystes hydatiques contenant de nombreuses hydatides filles, aux kystes multiples disséminés dans le même organe, et aux kystes suppurés. Quant aux injections de sublimé, elles conviennent aux kystes simples uniloculaires, à liquide clair caractéristique.

Ces règles observées, autant que le diagnostic le permet, Bouilly a traité par l'incision cinq kystes hydatiques, dont un a été suivi de mort, la malade étant in extremis au moment de l'opération, et dont les 4 autres ont été suivis de guérison. Dans tous ces cas (3 laparotomies médianes et 1 laparotomie latérale) la poche kystique n'a pu être extirpée en totalité ; la partie restante a été suturée en collerette à la paroi abdominale.

L'injection de sublimé a été pratiquée sur 10 malades et a donné 8 guérison persistantes et 2 récidives, dues à la manière de procéder ou à la méthode. Un seul de ces kystes a été traité par le procédé type de Baccelli, qui doit être rejeté pour les grandes collections, car il laisse des doutes sur la nature du kyste ; en outre, il reste dans la poche, après guérison, de nombreux corps étrangers (hydatides mortes) capables d'intoxiquer, et de plus la ponction peut laisser filtrer du liquide dans le péritoine.

Cinq fois le kyste a été vidé par aspiration et une quantité variable de liqueur de Van-Swieten a été injectée, puis retirée au bout de 5 minutes. Cette méthode est désavantageuse, car la manœuvre est longue, et la deuxième aspiration ne ramène pas toujours toute la liqueur hydrargyrique.

Enfin, chez 4 autres malades on a vidé le kyste à siccité, par aspiration, et, par la canule laissée en place, on a injecté 5 grammes de liqueur de Van-Swieten, qui a été abandonnée dans la poche. C'est le procédé que recommande Bouilly. OZENNE.

Ein Fall von Cholecystenterostomie, par HELFERICH (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 8, *p.* 158, 1892).

Homme de 37 ans, atteint de lithiase biliaire depuis 1885, après un grand nombre de crises sans ictère, il a eu de la jaunisse en 1891. Les crises se multiplient. Du 7 au 16 novembre, on en compte quatre accompagnées de frissons et de fièvre vive, affaiblissement, état cachectique, ictère foncé, selles incolores, urine bilieuse, foie volumineux.

Le 16 novembre, incision suivant le bord inférieur de foie, mais un peu au-dessus; autre incision sur la ligne blanche. On trouve la vésicule petite, peu tendue, adhérente au foie, ne contenant pas de calcul. On constate la présence de calculs dans le canal cholédoque, mais il est impossible de songer à les extraire.

Cholécystentérostomie d'après les règles de Kappeler. L'opération est difficile car elle doit être faite tout entière dans l'abdomen, le foie n'étant pas mobile. Suture à deux étages avec de la soie fine. L'opération dure en tout deux heures.

Résultats favorables. Apyrexie. Disparition de la teinte ictérique, coloration des selles, décoloration des urines. L'opéré augmente rapidement de poids. Mais après l'intervention chirurgicale, il peut être considéré comne entièrement guéri. L. GALLIARD.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Gallenblasenchirurgie (Chirurgie de la vésicule biliaire), par CZERNY (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 23, *p.* 516, 1892).

Czerny a pratiqué dans 3 cas la cholécystentérostomie.

La première fois il s'agissait d'un ictère noir pour lequel le chirurgien voulut établir d'abord une fistule temporaire. La vésicule, qui ne contenait avant l'opération qu'un liquide incolore, donna, dès le second jour, de la bile, d'abord mélangée, puis pure. Au bout de huit semaines, la vésicule fut mise en communication avec l'intestin grêle. Le sujet avait un cancer du pancréas, de sorte qu'il succomba trois mois plus tard.

Le second cas se rapporte à une femme atteinte de fibrome utérin avec hémorragie abondante et chez qui les calculs existaient dans les voies biliaires. La vésicule était atrophiée et fixée par des adhérences; il fallut la fixer au colon transverse. Les selles se colorèrent. L'opérée paraissait être en voie de guérison, quand survint, au bout de 13 jours, une hémorragie intestinale qui l'emporta.

Chez le troisième sujet, l'auteur a réussi à unir la vésicule, comme l'a proposé Terrier, à la première portion du duodénum. Cette opération est difficile. Le malade est encore en traitement.

Voici les conclusions de ce travail :

L'hydropisie de la vésicule ne commande l'intervention chirurgicale que si elle détermine des accidents. L'empyème, au contraire, fournit une indication formelle.

L'opération est nécessaire pour les calculs dès qu'il y a des désordres sérieux, répétés ou durables.

Dans les cas de cholélithiase, l'opération typique consiste en incision, évacuation de la vésicule, et suture; il faut drainer pendant un court espace de temps la plaie abdominale.

Quand le canal cystique est oblitéré, quand la vésicule est enflammée, il convient d'établir une fistule biliaire temporaire. L'extirpation de la vésicule ne s'applique qu'aux cas d'irritation grave ou de cancer de cet organe.

Quand le canal cholédoque est oblitéré, on doit se laisser guider, dans l'intervention, par l'état des forces du malade. S'il n'est pas possible de vaincre l'obstacle (calcul, courbure forcée du canal), il convient d'établir la fistule cholécystico-duodénale.

Pour atteindre la vésicule, il faut faire deux incisions à angle droit, l'une verticale sur la ligne blanche, l'autre horizontale un peu au-dessous de l'ombilic.

Les opérations dirigées contre les calculs des voies biliaires mettent moins en danger la vie des malades que celles qui s'adressent à la lithiase vésiculaire. L. GALLIARD.

Des opérations chirurgicales sur les voies biliaires. Résultats immédiats et éloignés, par TERRIER (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hopit.*, 28 *avril* 1892).

Dans une première communication, sous forme de rapport, présenté avec un soin minutieux, Terrier expose l'histoire des différents genres d'opérations pratiquées sur les voies biliaires.

Chacun d'eux est décrit sous une rubrique particulière et dans l'ordre suivant :

Cholécystolithotripsie; cholécystotomie proprement dite et cholécystostomie; extraction des calculs du canal cystique après cholécystotomie avec ou sans lithotritie; cholécystectomie; cholécystentérostomie; cholédocholithotripsie; cholédochotomie proprement dite et cholédochostomie; extraction des calculs du canal cholédoque après cholécystotomie avec ou sans lithotritie; cholédocho-entérostomie.

Dans une deuxième communication, Terrier fait part des opérations qu'il a pratiquées sur ces voies. Elles sont au nombre de 13, dont 8 cholécystectomies avec 7 succès et 1 mort par kystes hydatiques multiples; 1 cholécystotomie suivie de mort par péritonite septique; 3 cholécystotomies terminées par la guérison, et 1 cholécystentérostomie chez une malade qui a succombé aux progrès d'un cancer du pancréas.

Terrillon donne le résumé de 11 opérations sur les voies biliaires, dont 8 cholécystotomies, qui ont donné 6 guérisons, 1 mort et 1 fistule permanente.

Léonté cite 2 cholécystectomies pour calculs avec guérison.

Michaux a fait deux opérations semblables, datant, l'une de trois ans et demi, et l'autre de deux ans et deux mois et demi. De récents renseignements sur ces opérés ont appris que la santé générale est excellente sans trouble d'aucune nature.

Richelot rapporte une observation d'abouchement de la vésicule dans le duodénum. Il s'agit d'une femme de 52 ans dont la vésicule était remplie de

calculs. L'abouchement de la vésicule au duodénum fut exécuté avec beaucoup de peine et suivi d'insuccès. Les accidents persistant, une seconde laparotomie fut faite pour tenter une cholécystotomie; mais, durant les manœuvres compliquées de reconnaissance des organes, une hémorragie survint et nécessita un rapide tamponnement, sans qu'il fût possible de continuer l'opération. Mort au bout d'une heure. A l'autopsie, on a reconnu que le sang dont l'abdomen était rempli provenait d'une déchirure de la branche droite de l'artère hépatique.

Bœckel rappelle qu'il a communiqué au premier congrès trois cas de cholécystotomie avec deux guérisons, qui se maintiennent sans fistule. Depuis cette époque, il en a pratiqué trois autres, toutes trois suivies d'insuccès, dont deux morts.

Duret et *Delagénière* ont fait, chacun d'eux, une opération semblable avec succès. L'opéré de Delagénière est resté guéri depuis huit mois. OZENNE.

Ueber Operationen an der Gallenblase, par H. LINDNER (*Berlin. klin. Woch., n° 11, p.* 238, *et n°* 12, *p.* 281, 14 *et* 21 *mars* 1892).

Relation de 7 opérations (dont 2 chez la même malade) pour affections de la vésicule biliaire.

1° et 2° *Cholécystotomie pour abcès de la vésicule*, avec opération secondaire sur la fistule. — Femme de 28 ans, ayant eu quelque temps auparavant une pérityphlite guérie sans opération. Depuis huit ou dix jours, violentes douleurs dans le côté droit et vomissements sans fièvre. Une ponction exploratrice sur la ligne mamelonnaire, à la hauteur de l'ombilic, fournit du pus. Tumeur fluctuante, de la grosseur du poing. Incision sur le bord externe du grand droit; elle ouvre une grande cavité contenant du pus et un gros calcul. Impossible de trouver l'orifice du canal cystique. Lavage et drainage.

Vers le 7e jour, parotidite gauche apyrétique. L'intensité des phénomènes locaux nécessite une incision qui ne donne jour qu'à quelques gouttes de pus. En revanche, la totalité du parenchyme glandulaire avait subi une mortification sèche. Au bout de trois mois, la malade est reprise de coliques. La fistule, consécutive à la première opération, fournissait de la bile. Lindner l'ayant incisée rencontra un trajet qui se prolongeait jusqu'en arrière du foie, où il se terminait en cul-de-sac. En arrière et en haut de ce trajet et séparé de lui par une paroi épaisse, il sentit un gros calcul et crut un moment n'avoir pas incisé la vésicule elle-même, mais seulement un abcès périvésical, lors de sa première opération. Il fendit donc la paroi abdominale et mit à découvert le foie, mais ne put se reconnaître au milieu des adhérences cicatricielles. Réintroduisant alors son doigt dans le trajet et pressant fortement en arrière et en haut, il trouva un orifice cicatriciel dont il força l'entrée et parvint ainsi dans une deuxième cavité contenant un gros calcul et se continuant manifestement avec le conduit cystique. Il s'agissait donc d'une vésicule biliaire divisée par un point rétréci en deux compartiments presque parallèles et placés l'un au devant de l'autre; l'éperon fortement saillant avait empêché de trouver l'orifice qui faisait communiquer les deux compartiments. Extraction laborieuse du calcul et drainage. L'opérée ne souffre plus, mais elle conserve une petite fistule donnant issue à un liquide muqueux sans mélange de bile.

3° *Cholécystectomie.* — Femme de 26 ans, ayant, du côté droit, outre le rein flottant, une tumeur piriforme, grosse comme un œuf d'oie, située sous le bord externe du grand droit et très mobile en tous sens. La laparotomie confirma le diagnostic d'hydropisie de la vésicule. La palpation de la face inférieure du foie révéla l'existence dans le canal cystique d'un calcul arrondi,

gros comme deux noyaux de cerise, impossible à déplacer. Ligature du canal cystique. Dans l'impossibilité d'isoler complètement la vésicule d'avec le foie, à cause d'adhérences cicatricielles, Lindner en enleva ce qu'il put, suturant le tronçon laissé et le recouvrant de péritoine ; puis il ouvrit le canal cystique, en retira avec peine le calcul et quelques gouttes de liquide puriforme, enfin referma le canal avec du catgut. Guérison sans autre incident qu'un abcès de la paroi abdominale.

4° *Cas de cholécystotomie.* — Femme de 42 ans, ayant depuis trois ans, presque chaque semaine, durant deux à trois heures, des accès de coliques suivis d'ictère intense avec décoloration complète des selles. Etat actuel : ictère, sans tuméfaction notable du foie ni tumeur appréciable de la vésicule. Laparotomie. Vésicule petite, bondée de calculs et presque entièrement soudée aux intestins qui la masquent ; nombreuses adhérences cicatricielles au pourtour. Pas de calculs dans le cholédoque. La vésicule ne se laissant pas attirer d'abord, est incisée sur place et on en retire trente ou quarante calculs. Il est ensuite possible d'amener la vésicule au niveau de la plaie où on la fixe. Drainage. Mais, cinq semaines et demie plus tard, nouvel accès de colique faisant croire qu'il reste des calculs.

5° Femme de 36 ans; depuis deux ans, douleurs dans le côté droit, revenant depuis quatre semaines sous forme de violentes coliques. Ictère. Au niveau de la vésicule, tumeur grosse comme un petit œuf de poule, peu mobile, mal délimitable et se perdant en haut derrière le foie. Incision sur le bord externe du grand droit. Vésicule remplie de calculs, mais soudée aux intestins qui la recouvrent complètement, sauf dans l'étendue d'un marc à peine, à proximité du fond de l'organe. La portion de vésicule restée visible est suturée aux lèvres de la plaie, puis incisée ; on en retire 39 calculs et quelques gouttes de bile. Le 6e jour, on retire encore un calcul gros comme deux haricots qui, du canal cystique, était descendu dans la vésicule. L'opérée conserve une fistulette se fermant de temps en temps, et elle a encore deux petits abcès douloureux.

6° Femme de 48 ans, atteinte depuis trois ans, chaque mois au moment des règles, de coliques hépatiques et ayant une tumeur grosse comme un œuf d'oie au niveau de la vésicule. Pas d'ictère. Laparotomie. Après ouverture du péritoine, pas trace de la vésicule biliaire. Intestins et épiploon rétractés par de solides adhérences jusqu'au bord inférieur du foie. Derrière eux, on sent, sur l'emplacement de la vésicule, une tumeur dure ne se différenciant pas nettement du foie et éveillant l'idée d'un néoplasme. Incision, le long du foie, des parties qui recouvrent la tumeur qu'on ouvre ensuite; elle ne contient ni liquide, ni calculs. Cautérisation de la cavité avec le Paquelin. Suture, dans la plaie, de la tumeur avec un segment de foie grand comme la paume de la main. Ultérieurement, élimination d'un calcul volumineux, mais incomplet, par la plaie bourgeonnante. Depuis la sortie de la malade, la fistule a donné encore issue, après quelques douleurs et un peu de suppuration à un deuxième calcul. Enfin, postérieurement, la femme a encore eu un accès court de colique, mais sans issue de calcul. C'est la seule des six opérées qui ait une hernie ventrale. Les trois cholécystotomies précédentes ont été faites en une seule séance; il en est autrement de la suivante.

7° Femme de 21 ans, prise depuis quatre semaines de fièvre intense, de douleurs continues, de vomissements avec ictère et tumeur grossissant rapidement; aucune jaunisse antérieure. Immédiatement à droite du creux épigastrique, tumeur dure de la grosseur des deux poings, ayant la forme d'une poire disposée obliquement le long du rebord costal avec sa grosse extrémité vers l'épine iliaque antéro-supérieure; au niveau du creux épigastrique, saillie fluctuante ayant les dimensions du creux de la main. Lindner diagnostique un abcès du foie et incise la ligne blanche de l'appendice xyphoïde à

l'ombilic. La tumeur était formée par la vésicule énormément distendue. Vu le mauvais état général, Lindner remet le reste de l'opération à une autre séance; néanmoins la fièvre et les douleurs disparaissent et l'ictère diminue. Le 5e jour, les adhérences paraissant assez solides, large ouverture avec le thermocautère qui donne issue à un liquide clair comme de l'eau. La vésicule ne renfermait pas de calcul; l'orifice du canal cystique y formait une saillie conique comparable à celle du museau de tanche dans le vagin; Lindner ne réussit pas à le sonder. Quelques points de suture furent appliqués aux endroits où les adhérences paraissaient se relâcher. Le 17e jour, issue brusque par la fistule d'une quantité considérable de pus; frissons et fièvre intense pendant quelques jours. Au bout de six semaines, Lindner obtura la fistule assez grande pour y introduire le doigt. J. B.

Note sur le cathétérisme des voies biliaires, par FONTAN (*Assoc. franç. Cong. Marseille* 1891).

Le cathétérisme des voies biliaires, à peu près inconnu en France, si ce n'est par des conseils trop oubliés de J.-L. Petit, est l'objet de quelques études depuis la première communication que Fontan a faite sur ce sujet à la Société de chirurgie. (1890.)

Après des recherches sur le cadavre et sur le vivant, il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La cathétérisme des voies biliaires est le complément indispensable de toute cholécystotomie ;

2° Il peut être simplement explorateur ou thérapeutique ;

3° Il peut être fait à demeure pour dilater un rétrécissement ;

4° Laborieux dans des voies normales, il est facilité par la rétention biliaire ;

5° Il n'entraîne aucune aggravation pour les opérations auxquelles il est annexé. A. C.

I. — Erfahrungen über Chirurgie der Leber und der Gallenwege, ... par KŒRTE (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 15, *p.* 369, 11 *avril* 1892).

II. — Discussion de la réunion libre des chirurgiens de Berlin (*Idem*, *p.* 370).

I. — Koerte donne le compte rendu de 12 opérations pratiquées sur la vésicule biliaire ou le foie. Des 12 malades (dont 11 femmes), 6 avaient une hydropisie de la vésicule, accompagnée 5 fois de calculs ; 4 avaient un abcès de la vésicule, compliqué 3 fois de calculs ; 3 avaient une occlusion du cholédoque causée 2 fois par un calcul, de cause inconnue chez le 3e. Une des malades atteinte d'abcès de la vésicule avec suppuration hépatique et périhépatique, offrit, durant le traitement, une occlusion du cholédoque, si bien qu'elle se trouve comptée 2 fois ci-dessus.

3 des opérés ont succombé à leur affection, aucun à la péritonite : Des 2 atteints d'occlusion du cholédoque, l'un est mort de marasme, l'autre de septicémie partant de l'abcès hépatique ; le 3e opéré, mort, avait un abcès de la vésicule avec calculs ; il a succombé à un cancer du pancréas et du foie avec suppuration dans ce dernier.

Koerte a pratiqué 7 fois la cholécystotomie : 5 fois en une seule séance (1 hydropisie de la vésicule par calculs ; 4 abcès de la vésicule) et 2 fois en deux temps pour des occlusions du cholédoque.

On doit donner la préférence à la méthode en un temps, à moins qu'il

ne s'agisse d'une vésicule ratatinée, à parois friables, et difficile à isoler.

La plupart des opérés ont mal supporté l'écoulement de la bile par la fistule consécutive; 2 fois Koerte en a fait l'obturation, 1 fois elle s'est fermée spontanément, 1 fois il a établi une fistule entre la vésicule et l'intestin pour pouvoir refermer en même temps la fistule biliaire externe.

La cholécystotomie est l'opération de choix en cas d'abcès de la vésicule, d'affections des parois de la vésicule, et est l'opération préliminaire en cas d'occlusion du cholédoque.

Quand il s'agit de lithiase simple, d'hydropisie de la vésicule sans affection des parois, et quand le cholédoque est perméable, la meilleure opération est la cholécystotomie avec suture et réduction de la vésicule dans l'abdomen. Koerte l'a pratiquée 5 fois, en faisant une suture sur deux rangs et en appliquant par-dessus un fragment d'épiploon; une lacune ménagée dans la suture des parois abdominales laisse passer une bande de gaze iodoformée. 4 fois Koerte a obtenu la réunion par première intention ; une fois seulement il se produisit une fistulette. Le double avantage de la cholécystotomie idéale est d'éviter une large fistule biliaire et de moins favoriser les éventrations, surtout si l'on incise transversalement, parallèlement au rebord costal.

Quant à la cholécystectomie, Koerte ne l'a pas pratiquée, la réservant pour les cas de dégénérescence maligne de la vésicule. En effet, des calculs ou des dilatations peuvent se former ultérieurement dans les conduits biliaires du foie et de plus il n'est pas démontré que l'homme puisse se passer de vésicule ; enfin l'ablation de la vésicule biliaire est une opération difficile.

L'abcès de la vésicule s'est toujours présenté avec des caractères très graves. 1 fois il commençait à se rompre à l'extérieur, 1 fois il entraîna la mortification des parois vésiculaires avant de s'ouvrir dans la cavité abdominale, 1 fois il s'accompagnait de suppuration hépatique et sous-diaphragmatique, 1 fois il était compliqué d'angiocholite suppurée et d'un cancer pancréatico-hépatique.

Pour l'occlusion du cholédoque, on a le choix entre trois méthodes opératoires : l'établissement d'une fistule entre l'intestin et la vésicule, suivant le procédé de Winiwarter ; le broiement du calcul à l'intérieur du canal ; la cholédochotomie avec suture consécutive. Chez ses 3 opérés, Koerte n'a pu isoler le canal. A l'autopsie des 2 qui ont succombé, l'épaisseur et la vascularité des adhérences ne lui ont permis de découvrir le calcul qu'après l'extraction du foie. La femme qui a guéri a subi successivement les opérations suivantes : ouverture d'un abcès sous-diaphragmatique, d'un abcès de la vésicule contenant 21 calculs, d'un abcès du lobe gauche du foie et, enfin, établissement d'une fistule entre la vésicule et le duodénum à la suite de l'occlusion du cholédoque.

Koerte a observé 3 péritonites mortelles par issue des calculs dans la cavité abdominale ; 3 fois aussi il a vu des phénomènes d'étranglement interne à la suite du passage des calculs dans l'intestin. Des deux malades opérés, l'un a succombé ainsi que celui qui n'a pas été opéré.

Koerte a vu 3 abcès hépatiques d'origine calculeuse, celui déjà mentionné et 2 autres non diagnostiqués. Il a opéré et guéri un abcès du foie consécutif à une pérityphlite.

Il est intervenu 7 fois pour des abcès sous-diaphragmatiques : 5 fois par pérityphlite, 1 fois par calculs et 1 fois par pyélonéphrite ; ce dernier opéré a seul succombé à un érysipèle et à une néphrite, après guérison de ses abcès. L'incision de ces abcès a été faite 4 fois en arrière par une incision transversale au-dessous de la 12e côte et 3 fois par une ouverture péripleurale.

Enfin Koerte a soigné 4 traumatismes du foie dont 3 par des balles ; en voici le résumé : 1er cas. Coup de feu à l'épigastre, collapsus imminent. Laparotomie. Le projectile a passé entre le foie et le diaphragme, pas d'hémorragie notable, guérison. 2e cas. Coup de feu à l'épigastre, signes d'hémorragie interne. Laparotomie. Suture de l'orifice d'entrée dans le lobe hépatique gauche, forte hémorragie par le petit épiploon, acupressure et tamponnement avec la gaze iodoformée qu'on retire le 5e jour ; guérison. 3e cas. Plaie, par coup de feu, du côlon, de l'estomac et du foie. Admission 16 heures après l'accident avec symptômes de péritonite. Laparotomie : épanchement de pus, de matières fécales et stomacales dans la cavité péritonéale. Mort 3 heures après l'opération. 4e cas. Passage d'une voiture sur le corps. Fracture des 3 côtes inférieures droites, pneumothorax ; le 2e jour, péritonite et urines sanguinolentes. Pensant à une rupture de la vessie, Koerte fait la laparotomie et trouve la vessie intacte, mais un épanchement mêlé de sang, de bile et de débris du foie. A l'autopsie : rupture du foie et du rein.

II. — Langenbuch limite l'extirpation de la vésicule biliaire aux cas suivants : 1° altérations inflammatoires de ses parois avec imminence de rupture ; c'est ainsi qu'il lui est arrivé de déchirer la vésicule en l'attirant avec les doigts ; la déchirure s'était produite au niveau d'une ulcération ; 2° tumeurs, notamment le cancer primitif de la vésicule ; 3° cure radicale des fistules consécutives à la cholécystotomie ; 4° hydropisies de vésicules à la fois dilatées et épaissies, quand le liquide est mêlé de pus ; 5° lithiase biliaire héréditaire. Langenbuch a fait la cholécystectomie à une jeune fille de 15 ans dont le père était mort depuis 10 ans par suite de calculs biliaires ; elle-même avait des coliques hépatiques atroces depuis 8 ou 9 ans et avait rendu quelques calculs ; sa vésicule était déjà épaissie. Langenbuch convient d'ailleurs que la cholécystectomie est parfois si difficile, qu'il vaut mieux y renoncer, ainsi qu'il lui est arrivé. — Pour le cholédoque, il est partisan autant que possible du broiement des calculs entre les doigts. — Quant au sondage des voies biliaires, il lui a paru très malaisé sur le cadavre et ne lui a jamais réussi sur le vivant, ce qui est compréhensible si l'on réfléchit à la disposition hélicoïdale de la muqueuse du canal cystique.

Hahn est d'avis que la cholédochotomie a très peu d'indications, vu la brièveté du canal (6ctm,6 en moyenne), la profondeur à laquelle on doit opérer et l'existence fréquente d'adhérences. Quand le calcul ne se laisse pas broyer sans trop d'efforts et qu'on ne peut parvenir facilement à isoler le cholédoque, il est partisan de la fistule établie entre la vésicule et l'intestin grêle. Le broiement des calculs, même fait avec prudence, peut amener une déchirure du canal. L'accident est arrivé à Hahn qui n'a pu même le suturer ; il dut se contenter de tamponner la cavité à la gaze iodoformée. La malade, à laquelle il avait enlevé 40 calculs, succomba trois semaines plus tard, épuisée par le flux de bile. — Pour les calculs

de la vésicule, Hahn continue à préconiser la cholécystotomie en 1 ou 2 séances, contrairement à la cholécystotomie idéale.

Sonnenburg partage l'opinion de Hahn relativement à la cholécystotomie avec fistule qui lui semble avantageuse surtout dans le cas de calculs très nombreux; il en a retiré successivement environ 200 par la fistule et la malade a parfaitement guéri sans être incommodée par l'écoulement de la bile.

En face d'un abcès du foie, comme on ignore l'épaisseur et le degré de friabilité des parois, Langenbuch est d'avis qu'il faut toujours faire d'abord la laparotomie avant de se décider sur le mode d'ouverture, par ponction avec canule à demeure ou par incision; aussi déconseille-t-il la méthode opératoire de Stromeyer et de Little. J. B.

Contribution à l'étude de la gastropexie et de la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage, par NOVÉ-JOSSERAND (*Gaz. hebd. Paris*, 30 *avril* 1892).

Dans cette note, qui renferme neuf observations de gastrostomie en deux temps, l'auteur montre, après Poncet et Tillier, que, dans la gastrostomie pratiquée un temps variable après la gastropexie, les chances de survie des opérés sont plus grandes.

La gastropexie doit être pratiquée de bonne heure alors que les malades s'alimentent encore d'une façon suffisante :

Chez les malades déjà cachectiques, cette dernière détermine quelquefois par elle-même une amélioration de la déglutition, ce qui permet de remettre à plus tard une ouverture stomacale, paraissant absolument urgente. Le procédé opératoire, recommandé par l'auteur, est celui qu'a préconisé et appliqué Poncet. (Voir *R. S. M.*, XXXIX, 237.)

OZENNE.

Das Œsophagusdivertikel und dessen Behandlung, par Theodor KOCHER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 8, *p.* 233, 15 *avril* 1892).

Deux cas de diverticule de l'œsophage opérés avec succès, avec réunion de la plaie par première intention chez le second malade.

1er *Cas.* Homme de 35 ans faisant remonter les premiers troubles digestifs à l'âge de 16 ans où on lui prescrivit, pour une affection fébrile, deux vomitifs, coup sur coup, sans aucun résultat.

A 22 centimètres de l'arcade alvéolaire supérieure, obstacle infranchissable pour une sonde œsophagienne mince; un cathéter introduit à ses côtés pénètre sans résistance à la profondeur de 39 centimètres. Lorsqu'on introduit 2 sondes, elles se heurtent l'une et l'autre à un obstacle, à la même profondeur de 22 centimètres, tandis qu'un cathéter n° 16 peut être enfoncé à leur côté sans difficulté. Corps thyroïde très développé. Pas de trace de tumeur ni même de voussure extérieure.

Opération le 4 août 1891. Incision étendue du bord supérieur du cartilage thyroïde à la clavicule et croisant le bord antérieur du sterno-mastoïdien; ce muscle est sectionné en travers à trois centimètres au-dessus de son insertion. Double ligature et section de l'artère thyroïdienne inférieure. Avant d'avoir incisé l'aponévrose cervicale profonde, on n'aperçoit pas de dilatation de l'œsophage. En enfonçant le doigt entre l'œsophage et la trachée, jusqu'en arrière de la fourchette sternale, on sent enfin un sac accolé contre la paroi postérieure de l'œsophage qu'il refoule en avant et aplatit. Après ligature des vaisseaux rampant à sa surface, on peut attirer ce diverticule qui forme

un appendice en forme de bourse, long de 7 centimètres, large au maximum de 5 1/2, à parois épaisses, suspendu à l'œsophage, derrière le cartilage cricoïde, par un pédicule de 1 1/4 centimètre de diamètre. Application d'une ligature provisoire autour du pédicule du sac; section circulaire de ses tuniques adventice et musculeuse, double ligature de sa muqueuse qu'on sectionne dans l'intervalle avec le thermocautère, enfin suture circulaire des deux tuniques externes sur le moignon de muqueuse. Gaze iodoformée sur le pédicule; suture de la plaie. La muqueuse du diverticule est complètement intacte. Apyrexie. Lavements alimentaires. Le 3e jour, on enlève tous les points de suture, sauf les deux qui sont de chaque côté du tampon d'iodoforme, et on les remplace par des bandelettes collodionnées placées en travers. Par la bouche, l'opéré ne prend qu'un peu d'eau stérilisée, dont aucune parcelle ne sort par la plaie. Le 5e jour, ablation du tampon. Dès le lendemain, le malade ayant avalé un peu de lait, celui-ci apparaît dans la plaie, mais cet accident cesse à partir du 11e jour. Suppuration dans la profondeur persistant encore le 25e jour à la sortie de l'hôpital. Six mois plus tard, cet homme peut manger de tout sans douleur ni régurgitation. Une olive de 16 centimètres franchit avec un peu d'effort, mais sans douleur ni hémorragie, le point sur lequel a porté l'opération. Cicatrice mobile indolente.

2e *Cas*. Homme bien portant, jusqu'il y a 8 ans, où il commença à éprouver de la gêne à avaler. Opération le 12 mars 1892. Incision verticale à trois travers de doigt de la ligne médiane, au niveau des deux tiers inférieurs du cou. Section partielle du sternomastoïdien. Incision de l'aponévrose profonde au-dessus de la thyroïdienne inférieure, ligature de quelques artérioles. Diverticule visible dans l'étendue d'une noix ; on l'isole par en bas et, après de nombreuses ligatures, on met à découvert un sac cylindrique de 7 centimètres de long, un peu rétréci près du pédicule qui a trois centimètres de large. Le dégagement du pédicule n'est possible qu'après une section circulaire des fibres du constricteur inférieur gauche. Alors apparaît la paroi profonde du diverticule accolée aux parois postérieure et gauche de l'œsophage, à la hauteur du cricoïde. Section avec le thermocautère du diverticule entre deux ligatures. Après avoir étreint le pédicule dans une ligature, Kocher, à l'aide d'une suture continue, l'invagine et le recouvre avec les parois œsophagiennes. Suture des fibres musculaires des constricteurs avec les couches de tissu conjonctif sus-jacentes; fermeture de la plaie avec introduction d'un gros drain à petit orifice. Le 2e jour, ablation du drain ; au bout de 2 fois 24 heures, enlèvement des sutures. Plaie entièrement réunie par première intention. Durant les cinq premiers jours, alimentation rectale et injections souscutanées d'eau salée pour apaiser la soif.

L'examen histologique de ce diverticule, fait par Langhans, révèle, dans les parois épaisses de 6 à 7 millimètres, l'existence de trois couches distinctes : épithélium stratifié, musculeuse et tunique fibro-conjonctive formant à elle seule la moitié de l'épaisseur totale. Il n'existe de tissu sous-muqueux que par places. La couche épithéliale offre des épaisseurs très variables ; en certains points, elle manque complètement. Les couches les plus superficielles de l'épithélium renferment des noyaux et ne sont nulle part cornées. Pas de fibres musculaires striées, seulement des fibres lisses. Nombreux amas périvasculaires de leucocytes dans les couches musculeuse et adventice.

En se basant sur l'absence de fibres musculaires striées dans les parois du diverticule, Kocher croit à son origine mécanique. C'est pour lui une invagination au dehors de la muqueuse avec ses fibres lisses. Sous l'effort de vomissements, comme ils sont notés dans le premier cas, l'œsophage se distend à l'endroit où il rencontre le moins de résistance, c'est-à-dire du côté gauche, au niveau du point où cessent les constricteurs. (*R. S. M.*, XXXVI, 639 ; XXXVIII, 59 et 666.) J. B.

Gastrostomie pour extraction d'un dentier, par ROHMER (*Revue méd. de l'Est, n°* 2, *p.* 55, 1892).

Un homme de 26 ans avala un dentier en caoutchouc durci garni de deux dents et mesurant environ 3 centimètres en tous sens. Au bout de quatre jours, après des tentatives d'extraction à l'aide du panier de Græfe, on constata que le corps étranger était fixé au-dessus du cardia, à 20 centimètres des dents.

Gastrostomie; incision médiane de 14 centimètres; incision de l'estomac de 6 centimètres; une grande pince courbe, passant par le cardia, arriva sur le corps étranger, mais ne put le saisir. On le refoula dans l'estomac avec l'éponge du panier de Græfe et on le retira. Suture de Lembert; guérison rapide.

L'auteur insiste sur la profondeur de l'estomac et l'impossibilité d'aller avec le doigt explorer l'orifice du cardia. LEFLAIVE.

Case of perforating gastric ulcer; peritonitis, recovery, par W. Winslow HALL (*Brit. med. j., p.* 64, 9 *janvier* 1892).

Jeune femme atteinte cinq ans auparavant d'hématémèse et traitée pour un ulcère de l'estomac. Le 1er février, elle déjeune comme à l'ordinaire à 9 heures; à 1 heure de l'après-midi, elle est prise brusquement d'une douleur atroce, avec pâleur et sensation de défaillance. Le pouls est misérable et à peine perceptible; température basse, douleur épigastrique intolérable et tympanisme abdominal. On diagnostique une perforation de l'estomac et une hémorragie intrapéritonéale (fomentations térébenthinées, alcool, potion avec hamamelis). Six heures après, le pouls s'est relevé, mais la tympanite est plus considérable, et la péritonite évidente. Toute idée d'opération est écartée, et la malade est traitée par l'opium à haute dose et les lavements alimentaires. Cette médication réussit, car, au bout de trois jours d'un état très alarmant, le pouls devint plus ferme et la tympanite commença à diminuer. La guérison survint définitivement. L'auteur l'attribue à cette circonstance heureuse que l'estomac était vide de nourriture au moment où eut lieu la perforation. Cette circonstance est notée dans les cas fort rares, où la guérison fut obtenue [faits de Redwood (*Lancet*, 1870); Ross et Tinley (*Ibid.*, 1871)].

H. R.

Guns'hot wound of the stomach (Plaie de l'estomac par coup de feu), par A. SMITH (*Journ. of Americ. med. Assoc., p.* 647, 21 *mai* 1892).

Un jeune nègre avait reçu une balle à 2 pouces au-dessous et à gauche du sommet du cartilage ensiforme du sternum. La sonde pénétrait librement dans la cavité de l'estomac. Deux jours après, la balle fut retrouvée dans les selles. Huit jours après l'enfant était guéri. MAUBRAC.

Case of pylorectomy, par Al. Mac CORMACK (*Brit. med. j., p.* 553, 12 *mars* 1892).

Femme de 54 ans. Depuis quatre mois, vomissements incoercibles trois heures après le repas; jamais sanglants. Constatation d'une dilatation gastrique sans tumeur stomacale. On diagnostique une obstruction pylorique de nature indéterminée, et après des essais infructueux de lavage, on fait une incision exploratrice, parallèle au bord droit du thorax, qui met à nu la vésicule biliaire, et profondément le pylore mobile, dur, de la grosseur du poignet. Cet organe étant attiré au dehors, on le sépare de l'épiploon et on l'isole des intestins par une compresse aseptique. Une incision est conduite en bas et à droite à travers l'estomac, et cet organe est séparé du pylore,

après ligature préalable de tous les vaisseaux. Pareille opération est faite sur le duodénum; puis suture de Lembert. Guérison lente, mais complète, en deux mois. H. R.

Case of hydatids of the spleen treated by incision and drainage, par Roderick MACLAREN (*Brit. med. j., p.* 965, 7 *mai* 1892).

Femme de 26 ans, ayant subi deux ans auparavant la laparotomie pour une tumeur de la rate de nature indéterminée, qu'on n'avait pas voulu enlever. Depuis, la tumeur a grossi du double: c'est manifestement la rate arrondie, tendue, fluctuante. Une autre tumeur est constatée dans le flanc droit, où elle paraît se continuer avec le foie: une troisième, intermédiaire, est mobile dans la région épigastrique. Le diagnostic est indécis: on pense à des hydatides, à moins qu'il ne s'agisse d'une tumeur maligne à développement rapide. Une ponction exploratrice donne issue à 12 pintes de liquide transparent contenant des scolex: les jours suivants il y eut de la fièvre, puis tout rentra dans l'ordre; mais le liquide se reforma rapidement.

Le 7 juillet, l'auteur sectionna la paroi abdominale au niveau de la rate, puis sutura le péritoine pariétal à la plaie, en rattachant également le péritoine à la rate. Cinq jours après, les adhérences étant complètes, il incisa le parenchyme splénique, ouvrit le kyste, en détacha la vésicule mère, et draina la cavité kystique. Lavages quotidiens à l'eau boriquée pendant trois semaines, puis à l'eau iodée. Guérison lente en deux mois et demi après des accidents fébriles consécutifs à l'opération. H. R.

Zur Frage der Schussverletzung des Magen-Darmtractus (Contribution à l'étude des plaies par armes à feu de l'intestin et de l'estomac), par Paul KLEMM (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir., XXXIII*, 2-3, *p.* 293).

Il s'agit encore là d'une série de considérations sur la théorie de l'abstention dans les cas de plaies du tube digestif et sur sa non-valeur. Cette théorie, qui n'est d'ailleurs défendue à l'heure actuelle que par de rares chirurgiens, est vivement combattue par Klemm, qui a institué une série d'expériences pour réduire à leur juste valeur les affirmations de Reclus. Klemm a expérimenté sur des chiens, des chats et des cobayes, et a montré que le fameux bouchon muqueux, s'il existe constamment, n'est jamais suffisant pour empêcher l'épanchement des matières fécales dans l'abdomen et n'est pas capable d'assurer une occlusion hermétique, une obturation du tube digestif telle que les microbes ne puissent s'en échapper. Les recherches de cet auteur sont intéressantes encore en ce qu'elles montrent pourquoi, dans certains cas, les accidents consécutifs à la blessure de l'intestin peuvent présenter une période de latence plus ou moins marquée, pourquoi, dans d'autres, c'est la septicémie péritonéale qui domine, l'élément péritonite disparaissant presque en totalité devant une infection à marche extrêmement rapide.

Klemm termine par quelques remarques d'une portée pratique. A son avis, étant donnée une plaie pénétrante de l'abdomen il n'y a qu'une chose à faire : c'est la *laparotomie*, et si la plaie de l'abdomen ne s'accompagne pas de plaie du tube digestif, on n'aura fait qu'une laparotomie exploratrice, c'est-à-dire une opération sans gravité. Il faut *opérer de suite*, le plus vite possible. Attendre, comme certains le font encore, c'est laisser s'installer sous ses yeux la péritonite, c'est condamner dans la plupart des cas son malade à de graves accidents. MARCEL BAUDOUIN.

Des plaies de l'intestin, par Henri CHAPUT, rapport par Gérard MARCHANT (*Bullet. de la Soc. de chirurgie*, *XVIII*, *p.* 172).

Après avoir établi la proportion de mortalité de 68 0/0 donnée par l'expectation dans le cas de plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu, chez le chien, Chaput étudie le mécanisme de la guérison. L'épiploon joue dans la séparation le principal rôle; il adhère au bouchon muqueux lorsqu'il n'est pas septique et la chute de l'épithélium au niveau du bouchon muqueux favorise la réunion.

D'après l'auteur la réplétion ou la vacuité de l'intestin n'ont aucune influence sur la gravité de la blessure (à moins de réplétion complète).

Les différents procédés opératoires, jusqu'ici essayés par Chaput, suture partielle et greffe épiploïque, sutures à l'épiploon intact, résections partielles suivies de sutures, greffe de gaze iodoformée, etc., n'avaient pas donné de bons résultats. Au contraire, la greffe intestinale, procédé nouveau qui consiste à suturer une anse saine à la surface d'une perforation par une série de sutures à deux étapes, a donné 18 guérisons dans 18 cas opérés dans les trois premiers quarts d'heure après la blessure; après trois quarts d'heure, 4 morts et 3 guérisons.

L'auteur décrit la technique opératoire dans différents cas pris pour types : 1° plaie tangentielle du bord convexe; 2° double perforation à égale distance du bord convexe et du bord mésentérique; 3° perforations au voisinage du mésentère; 4° perforation au niveau même de l'insertion mésentérique. C. WALTHER.

On surgical treatment of gastro intestinal cancer, par John Lindsay STEVEN (*Brit. méd. journ.*, *p.* 845, 23 *avril* 1892).

De l'analyse de 26 cas de cancer gastro-intestinal accompagnés d'autopsie, l'auteur tire les conclusions suivantes, au point de vue des indications opératoires :

1° Dans l'état actuel de nos connaissances, la pylorectomie est une opération très rarement justifiable;

2° Comme toutes les opérations radicales, pour avoir quelque chance de succès, doivent être tentées d'une façon précoce, avant que le mal ne se soit trop développé, l'incision abdominale exploratrice n'est justifiable que si le malade peut être assuré d'être mieux après l'opération qu'auparavant, ce qu'on ne peut garantir actuellement;

3° La gastro-entérotomie et les autres opérations palliatives sur l'intestin ne doivent être considérées que comme des moyens de soulager, à la période avancée des cancers, des souffrances intolérables, et de rendre la vie plus supportable. C'est dans ces conditions seulement que l'incision exploratrice est tout à fait justifiable. H. R.

Contributo alla eziologia della compressione intestinale. Tumore idropico acuto della cistifellea comprimente il colon trasverso, par G. LAVA (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, *p.* 940, *novembre* 1891).

La tuméfaction de la vésicule biliaire peut comprimer le côlon transverse et produire de graves accidents d'occlusion intestinale. La compression peut résulter de la présence de la vésicule tuméfiée sur la face antérieure du colon, qui se trouve ainsi comprimée entre la paroi posté-

rieure de l'abdomen et la surface postérieure de la vésicule. La rapidité de la tuméfaction de la vésicule et la résistance du méso-côlon à se laisser distendre sont probablement les éléments qui favorisent la compression. Lorsque les signes de la distension aiguë de la vésicule et ceux de l'obstruction intestinale coïncident, on peut admettre une relation de cause à effet entre les deux lésions lorsque ces derniers sont en rapport, au point de vue de début, de l'évolution et de la gravité, avec les signes de la distension de la vésicule et lorsqu'il n'existe pas d'autre cause capable de produire l'obstruction intestinale. La laparotomie est le moyen le plus rapide et le plus pratique d'assurer le diagnostic et de guérir radicalement le malade. GEORGES THIBIERGE.

Ein experimentaller Beitrag zur Frage des localen Meteorismus bei Darmocclusion (Contribution à l'étude du météorisme local dans l'occlusion intestinale), par KADER (*Deut. Zeitschr. für Chirurgie*, *XXXIII*, 1, 2 *et* 3, *p.* 57 *et* 214).

Ce travail considérable, d'une richesse bibliographique remarquable et reposant sur des observations et expériences personnelles, ne saurait être analysé dans ses détails; on doit se borner à en citer les conclusions.

Toutes les fois qu'il y a occlusion intestinale, il se développe du météorisme dans la portion de l'intestin qui est située au-dessus de l'obstacle. Ce météorisme, à condition qu'il n'y ait pas de péritonite, se produit graduellement pendant plusieurs jours; il n'atteint jamais une bien grande importance. Quand il y a arrêt absolu des matières, quand dans la portion étranglée se montrent des troubles circulatoires (par exemple de la stase veineuse), le météorisme s'accompagne rapidement, en quelques heures, d'altérations dans la constitution des tuniques de l'intestin, altérations qui sont profondes et qui font courir de sérieux dangers aux patients. On observe aussi une paralysie complète de la musculature de la partie de l'intestin correspondant au point atteint de météorisme, qui ne s'étend pas au delà de la région frappée par les troubles de circulation. C'est donc bien là du météorisme qu'on peut appeler *local*. Il est facile de reconnaître sa nature, soit avant, soit au cours d'une laparotomie exploratrice.

Ces conclusions se terminent par ces mots de von Wahl : « Dans certaines formes d'occlusion intestinale et en particulier dans tous les cas d'iléus par étranglement interne, une portion donnée de l'intestin subit dans l'abdomen une fixation anormale et une distension gazeuse, qui se révèlent à l'inspection du malade par une asymétrie dans la forme du ventre et à la palpation par une résistance manifestement exagérée. »

MARCEL BAUDOUIN.

Des tumeurs mélaniques du mésentère, par PETITBON (*Thèse de Paris*, *mars* 1892).

L'auteur donne la relation de deux observations inédites de sarcome mélanique du mésentère : ces tumeurs sont très rares, à symptômes très obscurs comme toutes les tumeurs mésentériques : en dehors des signes propres à toutes les néoplasies du mésentère, la nature mélanique de la tumeur pourrait être soupçonnée d'après la présence de granulations pigmentaires dans le sérum du sang et dans les globules blancs.

Ces néoplasies ont une marche invariablement progressive et fatale et toute tentative d'extirpation ne pourrait qu'avancer le terme de la maladie. MAUBRAC.

Peritonitis from hœmorrage, par PAGE (*Brit. med. j., p.* 602, 19 *mars* 1892).

Page insiste sur les péritonites consécutives aux ruptures viscérales (foie, rein et rate) et sur le rôle que joue dans leur production l'épanchement du sang, même quand il n'y a pas de plaie extérieure ni d'introduction de germes septiques du dehors. Il se fonde sur les bons effets de la laparotomie précoce, et du lavage du péritoine pour enlever les caillots sanguins. Bien que les malades succombent en pareil cas le plus souvent au choc traumatique, il conseille néanmoins l'intervention précoce et l'ouverture de l'abdomen, pour éviter le développement ultérieur des accidents de péritonite.

Dans la discussion qui suivit cette communication, Handfield Jones et Bowley n'acceptent qu'avec réserve cette manière de voir, et rappellent que dans l'hématocèle tubaire on voit des épanchements de sang qui ne déterminent pas de péritonite. Inversement, Allingham rapporte un cas où la laparotomie, pratiquée au moment du traumatisme, avant toute péritonite, n'a pas empêché celle-ci de survenir ultérieurement. H. R.

Cases of suppurative and tuberculous peritonitis... (Guérison de la péritonite suppurée et de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie et le drainage), par A. W. Mayo ROBSON (*Brit. med. j., p.* 598, 19 *mars* 1892).

1° Fillette de 9 ans, faible et d'hérédité tuberculeuse. Début, en avril 1890, par une violente douleur dans la région du cœcum, avec tension locale, mais sans fluctuation. Au bout de huit jours, extension de la péritonite à tout l'abdomen. Laparotomie proposée et refusée par les parents, qui ne l'acceptent que trois semaines plus tard, l'enfant étant réduite à l'état de squelette. Incision de l'abdomen, issue de plusieurs pintes de pus: drainage, guérison qui s'est maintenue depuis deux ans.

2° Femme de 22 ans, de race tuberculeuse. Début des accidents péritonéaux sous l'influence d'un refroidissement, frisson, avortement. On diagnostique une péritonite tuberculeuse; malgré une fistule sous-ombilicale spontanée, aggravation et cachexie. Laparotomie deux mois après dans de mauvaises conditions. Issue de pus fétide, drainage; guérison en trois mois.

3° Fille de 15 ans, non réglée, sujette à des gonflements et des douleurs du bas-ventre. On diagnostique une péritonite tuberculeuse: laparotomie, qui met en évidence une tuberculose miliaire confluente des intestins, avec constatation des bacilles. Laparotomie; guérison qui ne s'est pas démentie depuis deux ans. H. R.

De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, par ALDIBERT (*Gaz. hebd. Paris*, 7 *mai* 1892).

Aldibert a réuni 322 cas de laparotomie pour péritonite tuberculeuse ayant affecté différentes formes (ascitiques, fibreuses sèches, ulcéreuses, etc.). De la critique de ces observations il conclut que l'opération est indiquée quand la péritonite s'accompagne d'ascite, quand elle est sèche ou fibro-adhésive et enfin quand on a affaire à la forme suppurée, généralisée ou enkystée; de même doit-on intervenir si une occlusion

intestinale s'est montrée. L'étendue d'une généralisation très avancée est la principale contre-indication de la laparotomie. Sur les 322 cas analysés, si l'on en retire 14 plus ou moins complexes, il en reste 308 qui ont donné 74 morts dont 8 seulement dues à l'intervention, 19 améliorations peu sensibles et 215 guérisons, dont 30 persistaient après un an et 42 après deux ans.

En ne tenant compte que des péritonites reconnues tuberculeuses par l'histologie ou la bactériologie, on note, sur 50 cas, 7 morts, 4 améliorations et 39 guérisons ayant dépassé une année de durée. La péritonite tuberculeuse est donc réellement curable par la laparotomie, bien supérieure au traitement médical. OZENNE.

Ueber die Behandlung gangraenœser Hernien mittelst Anus praeternaturalis, par Kr. POULSEN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 16, *p.* 379, 18 *avril* 1892).

Poulsen relate 4 cas de hernies étranglées gangréneuses qu'il a traités de la façon suivante : 2 des malades ont guéri.

Il isole le sac herniaire jusqu'à l'anneau, puis le désinfecte ainsi que l'intestin. S'il existe une perforation peu étendue, il la ferme provisoirement avec une pince qu'on enlève six ou douze heures plus tard. Puis il agrandit l'ouverture de la paroi abdominale de 2 à 3 centimètres et suture le péritoine tout autour comme dans une entérotomie. Il attire ensuite l'intestin de façon à dépasser de 5 à 15 centimètres la portion gangrénée. En cas de péritonite, il lave la cavité abdominale. L'anse intestinale attirée est alors fixée à l'aide de points de soie et de manière que ses deux branches se trouvent voisines l'une de l'autre, ce qui, plus tard, facilitera l'application de l'entérotome ; bien entendu, les sutures ne comprennent que les séreuses. Poulsen résèque à ce moment le sac herniaire gangréneux, en laissant d'abord en place, enveloppée dans la gaze iodoformée, l'anse suturée qu'il excise quelques jours plus tard. Enfin, il applique l'entérotome (neuf à douze jours après la kélotomie) et termine par l'entéroplastie. J. B.

Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies, par RICHELOT (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 21 *avril* 1892).

La pratique de Richelot, en s'ajoutant à celle de quelques-uns de ses collègues, prouve que la cure est bénigne et efficace. Deux morts seulement sur cent trente-huit interventions attestent la bénignité de l'opération, dont l'efficacité est mise en relief par les résultats suivants. Dans ces cent trente-huit opérations l'auteur n'en retient que 82, les autres étant ou trop récentes ou antérieures à 1888 et étant restées inconnues dans leur suites. Or sur ces 82 opérés, 44 ont été revus et se décomposent en 34 cures radicales, 8 cures utiles et 2 échecs. Dans ce dernier cas la hernie a reparu ; pour ce qui concerne les 8 cures utiles, les troubles fonctionnels ne se sont pas reproduits et la récidive légère n'entrave pas les occupations des opérés. Quant aux 34 cures radicales, la guérison a été parfaite, bien que dans plusieurs cas les conditions d'opération aient été défectueuses.

Richelot regarde comme inutile le port post-opératoire d'un bandage. Son procédé opératoire est le suivant : on n'incise pas l'aponévrose du grand oblique, mais on récline fortement le pourtour de l'anneau de ma-

nière à pénétrer bien au delà de l'orifice interne, et, après décollement poussé très loin, ce qui permet d'attirer le péritoine, à placer sa ligature le plus haut possible. Puis, pour oblitérer le canal inguinal, on passe très largement trois ou quatre gros fils de catgut qui enserrent le trajet perpendiculairement à son axe et le rétrécissent de haut en bas. OZENNE.

Ueber die Behandlung brandiger Brüche (Du traitement des hernies gangrénées), par Johann MIKULICZ (*Berlin. klin. Wochens., n°* 10, *p.* 209, *n°* 11, *p.* 249, *n°* 12, *p.* 277, *et n°* 13, *p.* 305, 7, 14, 21 *et* 28 *mars* 1892).

Mikulicz a opéré 28 hernies gangrénées, soit par un anus artificiel, soit par l'entérectomie primitive ; les 7 malades pourvus d'un anus artificiel ont tous succombé ; d'autre part sur les 21 auxquels il a réséqué l'intestin, 14 ont guéri. En réunissant à ces chiffres les statistiques de Czerny (Krumm : *Zur Frage der primæren Darmresection wegen Darmgangrän. Beitraege zur klinischen Chirurgie*, VII), de Riedel (Wette : *Die Herniotomien im städtischen Hospital zu Aachen. Dissertation*, Iéna, 1889), de Kocher (Sachs : 33 *Darmresectionen aus der chirurg. Klinik... Deutsche Zeitschr. f. Chirurg.* XXXII), de Hagedorn), (Hals : *Bericht über* 200 *Herniotomien, idem, ibidem*), de Hahn (Cohn : *R. S. M.*, (XXXIV, 661) et de Poulsen, il arrive à un total de 168 opérations dont 109 morts, se décomposant en 94 anus artificiels avec 72 morts (76,6 0/0) 68 entérectomies primitives avec 32 morts (47,1 0/0) et 6 entérectomies intermédiaires avec 5 morts.

Mikulicz est un partisan déclaré de l'entérectomie, qu'il considère comme l'opération normale des hernies gangréneuses. J. B.

Sur l'existence simultanée d'une hernie inguinale et d'une hernie crurale située du même côté et sur la distension de l'aine, par P. BERGER (*France médicale, n°* 10, 145, 1892).

Cette disposition n'est pas très rare (2,5 0/0). L'aine présente alors une double saillie que traverse l'arcade de Fallope. Tantôt l'une des hernies tend à se développer, l'autre restant stationnaire; tantôt la tuméfaction augmente dans son ensemble en restant bilobée ; il y a dans ce dernier cas, une éventration, une soufflure de la région de l'aine dans laquelle le péritoine se laisse refouler.

Ce sont des hernies de faiblesse qui n'ont aucune tendance à se pédiculer et qui n'exposent pas aux accidents d'étranglement. Il ne faut pas tenter la cure radicale. La contention en est difficile (pelote à double saillie, ou contention de la hernie la plus prononcée à l'aide d'une large pelote munie d'un ressort puissant). Cette variété de hernies mérite une description spéciale sous le nom de distension de l'aine. LEFLAIVE.

Sur l'opération de la cure radicale des hernies crurales, par P. BERGER (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, XVIII, p.* 311).

La cure radicale doit être proposée et exécutée pour toutes les hernies crurales appartenant aux catégories suivantes :

1° Hernies des enfants et des jeunes sujets;

2° Hernies des adultes mal contenues par le bandage;

3° Hernies irréductibles en totalité ou en partie;

4° Hernies ayant donné lieu à des accidents passagers ou plus ou moins persistants d'irréductibilité, de péritonite herniaire ou d'étranglement.

Après l'isolement, la ligature et l'excision du sac, Berger conseille de fixer le moignon par le procédé suivant, analogue à celui que Barker a proposé pour la cure radicale de la hernie inguinale :

« Les deux chefs de la ligature qui étreint le moignon du sac pendant hors de la plaie, l'un de ces chefs est chargé sur une aiguille courte, conduit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'arcade crurale; on dirige alors la pointe de l'aiguille en avant et on lui fait traverser les plans fibreux et musculaires de la paroi d'arrière en avant de manière à amener le fil qu'elle porte en avant de l'aponévrose du grand oblique, où on le dégage; puis on retire l'aiguille.

« Le second chef de la ligature est pris de la même façon, porté dans le tissu cellulaire sous-péritonéal à la même hauteur en dedans ou en dehors du premier; on lui fait traverser la paroi d'arrière en avant à 1 centimètre environ du premier et à son tour, on le dégage en avant du grand oblique. Une traction douce exercée sur ces deux chefs attire le moignon du sac dans le tissu cellulaire sous-péritonéal bien au-dessus de l'arcade de Fallope et par conséquent de l'orifice crural; on le fixe à ce niveau en assurant les extrémités du fil par une ligature en avant de l'aponévrose d'insertion du grand oblique; les deux chefs sont ensuite coupés au ras du nœud, qui reste perdu dans le tissu cellulaire sous-cutané. »

Cette fixation du pédicule à une certaine hauteur au-dessus de l'anneau, fait disparaître l'infundibulum péritonéal, qui au niveau de l'orifice herniaire tendrait à constituer une amorce pour la production d'une nouvelle hernie.

Pour assurer l'occlusion du trajet herniaire, Berger établit trois ou quatre ligatures superposées et concentriques qui réunissent l'aponévrose du pectiné à l'arcade et à l'aponévrose du grand oblique.

Pour éviter les accidents dans cette suture, il faut toujours passer l'aiguille de dehors en dedans à travers l'aponévrose du pectiné. L'aiguille conduite de dehors en dedans peut piquer la veine fémorale, comme Berger en rapporte un exemple. Dans le passage des fils à travers l'arcade de Fallope, il faut faire attention de ne point blesser les éléments du cordon spermatique.

Berger n'a point constaté de récidive sur les sujets qu'il a opérés par ce procédé qui lui paraît assurer l'occlusion de l'orifice crural.

C. WALTHER.

Hernie inguinale droite à sac diverticulaire latéral rétro-funiculaire ; étranglement produit par l'orifice de communication des deux sacs ; kélotomie ; guérison, par DUBAR, rapport par PÉRIER (*Bull. acad. de méd.*, 26 *avril* 1892).

Homme de 68 ans atteint, depuis 20 ans, d'une hernie inguinale droite, ordinairement réductible ; sortie de nouveau, elle n'a pu être rentrée et, le huitième jour d'accidents d'étranglement, on constate que la tumeur, de la grosseur d'un œuf de poule, est bilobée. Le lobe externe, le plus volumineux, rénitent, sonore, est réductible ; le lobe interne, plus dur, mat, très sensible au moindre contact, est irréductible et persiste au-dessous de l'orifice externe

du canal inguinal, derrière le cordon spermatique, dont les éléments restent distincts.

Le canal déférent est tendu comme une corde à la partie superficielle de la tumeur.

Une incision ayant ouvert le sac, on trouve dans son intérieur une anse d'intestin grêle, que l'on réduit, sauf une partie qui, fixée en haut et en dedans, est engagée dans un orifice ovulaire, d'où il est impossible de l'extraire. Après débridement, réduction complète et guérison sans accidents.

Ce fait de hernie exceptionnelle est particulièrement intéressant, d'une part, par la position élevée du sac diverticulaire et par le développement de la tumeur dans le tissu cellulaire lâche rétro-funiculaire, et, d'autre part par le diagnostic précis, qui a pu être fait avant l'intervention. Relativement à ce dernier, il y aura lieu de songer à l'existence d'un sac diverticulaire lorsqu'avec les signes de l'étranglement il existera dans une région herniaire, à côté d'une hernie réductible, une induration douloureuse. OZENNE.

Traitement de l'appendicite; laparotomie, par ROUX (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 30 *avril* 1892).

Roux a été à même de voir 90 cas d'appendicite, pour 68 desquels il est intervenu. L'étude de ces faits le conduit à faire remarquer que le diagnostic est souvent incertain et que par suite on reste dans le doute à propos de la thérapeutique à appliquer. Il en est particulièrement ainsi dans les cas de colique appendiculaire, qu'il est si facile de confondre avec l'appendicite suppurée. Si la palpation ne dénote pas une masse bien limitée, il n'y a pas lieu d'intervenir.

Au contraire, la tuméfaction est-elle nettement circonscrite, l'incision abdominale est indiquée et la laparotomie est encore la seule chance de salut, quand une péritonite septique secondaire s'est développée.

Pour ce qui concerne la symptomatologie que l'auteur esquisse, notons qu'il regarde comme un signe très précieux la rétraction des parois abdominales. OZENNE.

De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein, par Edgard CHEVALIER (*Thèse de Paris*, 1891).

A l'aide de 120 observations (dont 12 personnelles ou inédites), Chevalier prouve que les dangers de la néphrectomie peuvent être notablement diminués quand, grâce à un diagnostic précoce, on parvient à attaquer le néoplasme rénal dès son début. Certains caractères de l'hématurie et la douleur constituent les meilleurs éléments de ce diagnostic hâtif, auquel contribue aussi la cystoscopie, celle-ci permettant, 1° d'éliminer la vessie et les voies urinaires inférieures, et 2° de reconnaître souvent avec certitude quel est le rein malade. Quant au diagnostic entre le carcinome et le sarcome (plus fréquent chez l'enfant), il est la plupart du temps impossible. Enfin, l'auteur donne toutes ses préférences à la voie extra-péritonéale, que l'intervention chirurgicale se borne à une simple incision exploratrice ou qu'elle aille jusqu'à la néphrectomie.

R. JAMIN.

Contribution à l'étude de l'hydronéphrose, par E. ARNOULD (*Thèse de Paris*, 1891).

N'accordant le nom d'hydronéphrose vraie qu'à la distension aseptique

du bassinet, Arnould la distingue d'abord des kystes du rein et des autres dilatations pyéliques, en particulier de la pyonéphrose primitive ou secondaire; et il confirme ces notions théoriques par des expériences personnelles, dans lesquelles il réalise cette distension aseptique du bassinet par la ligature serrée. Malgré les variétés nombreuses d'aspect de la poche extérieure et de la cavité, les lésions macroscopiques de l'hydronéphrose peuvent être ramenées à trois types principaux : 1° grosse tumeur avec destruction plus ou moins complète du parenchyme rénal ; 2° simple élargissement du bassinet avec aplatissement des papilles ; 3° distension urétéro- rénale (souvent double et fréquente chez le nouveau-né). Quant aux caractères histologiques, c'est d'une part l'hypertrophie des fibres musculaires du bassinet, et d'autre part la lésion caractéristique de la distension aseptique, décrite par Albarran et comprenant deux phases : aplatissement et sclérose. En ce qui concerne le liquide de la poche, l'auteur étudie les différentes altérations que subit l'urine dans ses éléments, entre autres la diminution de l'urée et il montre que l'albumine, souvent notée à tort, tient ordinairement à la présence du pus.

L'hydronéphrose acquise vraie est relativement rare; elle peut être causée par un obstacle siégeant soit en dehors des parois des voies urinaires, soit dans la paroi même, soit enfin en dedans des parois, ou bien par un traumatisme. Dans ce dernier cas, elle succède fréquemment à une hématonéphrose, dont il est difficile de la distinguer : on peut d'ailleurs la produire expérimentalement. Un chapitre est aussi consacré par l'auteur à l'hydronéphrose intermittente, qui suivant Arnould, et contrairement à l'opinion de Landau, peut exister en dehors du rein mobile, dont elle est d'ailleurs plutôt l'effet que la cause.

L'hydronéphrose congénitale très fréquente est due à un arrêt ou à une anomalie de développement de l'uretère (absence, imperforation, sténose par coudure, valvule ou insertion oblique), de la vessie (abouchement anormal de l'uretère), de l'urètre (imperforation, oblitération, etc.), des annexes (anomalies vasculaires en particulier).

Dans un chapitre final, Arnould discute les indications du traitement chirurgical de l'hydronéphrose en général et spécialement de chaque variété : la néphrectomie est le plus souvent nécessaire, et, primitive, elle est ordinairement plus facile que secondaire. R. JAMIN.

Kyste hydatique du rein pris pour une tumeur solide de cet organe. Néphrectomie, rein unique ; mort d'urémie le 5e jour, par HOUZEL (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er *avril* 1892).

Femme de 26 ans, atteinte depuis trois ans d'une tumeur douloureuse du flanc gauche. Cette tumeur est dure, lisse, sans apparence de fluctuation, et a la consistance d'un fibrome ; elle est mate et peu mobile. Urines normales, état général bon, malgré des accès douloureux locaux.

Par une laparotomie latérale, mise à nu de la tumeur, qui adhérait très intimement au péritoine en haut et en arrière, une ponction donne issue à deux litres de liquide clair, hydatique ; malgré cette évacuation, la grosseur présentant encore le volume d'une tête fœtale, on tente de la séparer de ces connexions de voisinage ; deux artères sont liées chemin faisant, et l'on arrive jusqu'à sa partie profonde, qui est constituée par le rein notablement hypertrophié.

En explorant la partie postérieure de cet organe et en la faisant basculer on aperçut immédiatement les deux uretères, qui s'abouchaient, le supérieur, à la partie du rein faisant corps avec la tumeur et, le second, à trois travers de doigt plus bas dans la partie du rein restée libre.

Les deux reins, en un mot, n'en faisaient qu'un couché à gauche de la colonne vertébrale. Une ligature élastique fut placée au ras de la tumeur et tout ce qui était au-dessus fut coupé et enlevé; l'uretère supérieur fut également coupé entre deux ligatures. Quant au restant de la glande elle fut remise en place, mais comme les deux artères afférentes avaient été liées, les connexions vasculaires de voisinage ne furent pas suffisantes pour satisfaire à la sécrétion urinaire, et le 5e jour la malade mourait d'urémie.

Dans l'intérieur de la tumeur dont la paroi offrait une épaisseur de 2 et 3 centimètres, existait une énorme hydatide stérile, contenant environ un litre de liquide.

OZENNE.

Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires, par GUYON (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpitaux*, 26 *avril* 1892).

Guyon, dans l'étude de la pathogénie de l'infection des urinaires, présentée sous forme de rapport, envisage tout d'abord l'infection locale de l'appareil urinaire. Il passe rapidement en revue les nombreuses espèces microbiennes décrites dans les urines pathologiques qui les contiennent réparties d'une façon inégale suivant les cas et conclut que ces microorganismes doivent être regardés comme les agents de la suppuration, qu'ils accompagnent.

Passant à l'origine et au mode de l'infection, il montre que celle-ci peut être primitive et d'origine externe ou secondaire (voie sanguine) et indirecte. Une condition est nécessaire pour la production des accidents infectieux, lors de la pénétration du microbe dans la vessie; c'est que cet organe possède une aptitude à la réceptivité.

Relativement à la production de la suppuration de la muqueuse vésicale on admet la théorie qui rapporte la formation du pus à une action directe du microbe; tantôt cette suppuration reste localisée à la vessie; tantôt elle envahit l'uretère et le rein.

Dans une seconde partie de ce travail, l'auteur s'occupe de la pathogénie des accidents infectieux généraux, de la fièvre urineuse en particulier, qu'il considère sous ses différentes formes.

Reliquet estime que les épithéliums de la vessie et de l'urètre, véritables voiles isolants, jouent un rôle capital dans les maladies des voies urinaires. Lorsqu'ils cessent d'être intacts, ils permettent à l'urine plus ou moins altérée, d'être absorbée, d'où l'éclosion des accidents d'intoxication.

La conséquence à tirer, au point de vue thérapeutique, est la suivante. Il faut mettre les plaies ou les dénudations épithéliales de la muqueuse à l'abri du contact de l'urine. C'est ce que réalisent dans ces circonstances, la sonde à demeure pour l'urètre et les injections intra-vésicales pour la vessie. L'exécution de ces principes thérapeutiques a été un progrès. Mais il en est un autre qui sera non moins salutaire; ce sera d'arriver à rendre toute urine incapable de produire une infection.

Reginald *Harrison*, après avoir cité un certain nombre d'observations types, conclut à une réaction fébrile spéciale comme suites de plaies

intéressant l'appareil urinaire dépendant surtout du drainage plus ou moins parfait de la vessie.

L'état fébrile faisant suite à ces lésions est de nature toxique et non nerveuse. OZENNE.

Étude sur les infections urinaires, par DENYS (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, n° 1, p.* 112, 1892).

Ce n'est pas le bacillus coli communis qui est l'agent habituel de l'infection des voies urinaires, mais le bacille aérogène du lait (Escherich). Après lui viennent les staphylocoque et streptocoque pyogènes et le bacille de la tuberculose.

La meilleure classification des cystites est celle qui consiste à ajouter au terme cystique le nom du microbe qui la cause. La détermination de ce microbe peut se faire presque toujours par le simple examen d'une goutte d'urine. LEFLAIVE.

De l'origine infectieuse de certaines cystites dites « a frigore » ou rhumatismales ou goutteuses, par P. BAZY (*Ann. des mal. gén.-urin., août* 1891).

Chez les goutteux, les rhumatisants, les arthritiques, on attribue souvent à une cystite certains troubles urinaires dus seulement à la glycosurie; pour qu'il y ait cystite, il faut constater la présence du pus dans l'urine. D'autre part, chez ces diathésiques, la cystite est aussi parfois de nature tuberculeuse ou blennorragique.

Un homme de 45 ans a une cystite quelques jours après un abcès dentaire : il a le teint jaune des malades infectés. Un autre de 55 ans tousse depuis un mois et, depuis quinze jours, il a des mictions fréquentes, douloureuses, suivies de petites hématuries; urines purulentes; aucun signe de tuberculose. Un troisième malade, de 51 ans, a un phimosis très étroit avec adhérences et fréquentes suppurations sous-préputiales; phénomènes de cystite du col avec hématuries terminales. Or, aucun de ces trois malades n'a eu de blennorragie et ils guérissent tous complètement en quelques jours avec des diurétiques, du lait et de la térébenthine. Chez les deux premiers, l'infection paraissait venir du sang par le rein et l'urine : chez le troisième, elle pouvait venir du méat.

Chez un quatrième malade de Bazy, jeune collégien de 15 ans, hématuries et douleurs en urinant après la fatigue : examen négatif du rein et de la vessie; l'urine contient des bactéries diverses. Le repos, la térébenthine et les lavages boriqués amènent la guérison en quelques jours. Ce jeune homme n'avait pas de blennorragie, mais, quelques jours avant le début de sa cystite, il avait eu des maux de gorge violents et persistants et ses urines contenaient des urates en abondance. R. JAMIN.

Observations sur l'anatomie et la chirurgie de l'uretère, par A. T. CABOT (*Americ. j. of the med. sc., p.* 43, *janvier* 1892).

Ce travail a pour but l'étude de la voie la plus sûre et la plus directe pour rechercher l'uretère et en extraire les calculs qui peuvent s'y trouver arrêtés.

Dès l'abord, l'incision extra-péritonéale sera toujours préférable. La

suture de l'uretère, distendu par du pus ou un calcul, ne serait pas sans danger si la voie transpéritonéale avait été suivie.

Les rapports de l'uretère et du péritoine n'ont jusqu'à présent pas été suffisamment étudiés. L'uretère adhère au péritoine dans une plus grande étendue du côté droit que du côté gauche, où il n'est pas forcé de se déplacer pour livrer passage à la veine-cave.

Lorsqu'il a plongé dans le petit bassin, sa recherche devient plus difficile, par suite d'absence de points de repère. Heureusement que, dans la plupart des cas, c'est en ce point que s'arrêtent les calculs : leur présence permet de sentir au toucher la position de l'uretère.

L'auteur recommande pour cette recherche l'incision d'Israël. La ligne d'opération suit le long du bord antérieur de la masse sous-lombaire, contourne en haut et en bas jusqu'au milieu du ligament de Poupart, jusqu'à la ligne d'incision pour la recherche de l'artère iliaque, et remontant vers la ligne médiane, jusqu'au bord externe du muscle droit. Suivant la situation du calcul, l'incision sera faite sur la partie postérieure, le milieu ou la partie antérieure de ce tracé. Chez un sujet à parois abdominales souples, chez l'enfant, il peut être possible d'opérer à une telle profondeur.

Chez l'adulte, la partie inférieure de l'uretère doit être recherchée en avant, mais par une incision extra-péritonéale. Malheureusement, c'est presque toujours dans cette partie inférieure que s'arrêtent les calculs. Lorsqu'ils seront arrêtés à l'entrée de la vessie, il sera plus facile de les atteindre par une incision supra pubienne ou par dilatation de l'urètre chez la femme.

Si le calcul peut être facilement poussé dans la vessie ou a pénétré déjà dans la couche musculaire et se trouve sous la muqueuse, il sera très aisément chassé dans la vessie. Dans ce cas, telle est la méthode de choix. Mais lorsqu'il est nécessaire pour le libérer de faire une incision à la vessie, la manœuvre devient dangereuse. Une suture de la partie déchirée de la vessie ne met pas à l'abri de l'infiltration d'urine. Il serait bien préférable de rechercher le calcul dans la terminaison vésicale de l'uretère par une incision faite de dehors en dedans, qui ne donne pas issue à de l'urine ayant déjà été déversée dans la vessie.

Lorsqu'on aura à rechercher l'extrémité terminale de l'uretère, on peut songer à employer pour l'atteindre l'inciseur modifié de Kraske, mis en usage pour l'excision du rectum. La seule difficulté dans la dissection du petit bassin est la découverte de l'uretère.

Les rapports avec le sacrum sont mal déterminés. Le péritoine est mince et on court grand risque de le blesser pendant les recherches. Il n'y a guère que la présence des calculs qui peut mettre à l'abri de ces difficultés. La crainte de blesser le rectum sera conjurée par la présence d'une grosse sonde dans son intérieur.

Chez la femme on peut atteindre l'ouverture par le vagin. L'uretère parcourt le ligament large dans l'étendue de 2 et parfois 3 doigts. On peut l'y rechercher par le vagin sans grand danger. F. VERCHÈRE.

De l'urétrotomie externe ; indications et soins post-opératoires, par VIEU (*Thèse de Montpellier*, 1891).

Partisan de l'urétrotomie externe pratiquée d'emblée et auss tôt que

possible dans les cas graves de rupture du canal, Vieu établit par de nombreux exemples que la mortalité est au contraire trois fois plus considérable si l'on est obligé de recourir à l'urétrotomie secondaire. Pour les cas moyens, la même intervention, quoique un peu moins urgente, est préférable cependant, d'après l'auteur : elle s'impose dans les cas de rétrécissements infranchissables, même quand il existe des lésions rénales plus ou moins avancées. Enfin, Vieu préconise l'urétrotomie externe, mais alors sur conducteur, quand un rétrécissement perméable se complique de fistules et d'indurations périnéales ou quand un rétrécissement élastique n'a pas été suffisamment amélioré par une urétrotomie interne précédente. Après l'opération, il laisse la sonde à demeure de quatre à six jours seulement. R. JAMIN.

Sur un cas d'urétrite sans gonocoques avec complication d'épididymite, par LEGRAIN et LEGAY (*Ann. des mal. gén.-urin., octobre* 1891).

Homme de 42 ans, marié à 30 ans, sans antécédents héréditaires, ni vénériens, robuste mais à rapports sexuels rares; pris, sans cause connue, d'urétrite qui dure six semaines à l'état aigu; puis, suintement le matin. Deux ans après, douleur dans le testicule gauche obligeant au repos; cordon tendu, dur, douloureux; testicule non enflammé; écoulement urétral; état général mauvais. L'épididymite guérit en dix jours.

L'examen bactériologique du pus urétral montre des cellules plates et cubiques mono ou poly-nucléées, des staphylocoques, des globules de pus sans micrococques : pas de gonocoques. Cultures : bacillus Zopfii et micrococcus flavus olearius; ce dernier, injecté à des lapins, donne une induration sans suppuration et n'amène pas d'urétrite dans un canal sain; il est difficile à isoler du micrococcus pyogenes aureus. R. JAMIN.

Du rôle de l'endoscopie à lumière externe dans les maladies de l'urètre et de la vessie, par J. JANET (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., juillet* 1891).

Dans les urétrites chroniques, l'examen de la muqueuse à l'aide de l'endoscope de Grünfeld permet de découvrir les lésions localisées, les polypes, les fissures, les granulations, et de les modifier par des attouchements directs plus ou moins énergiques sans agir sur les parties saines, tandis que, avec les instillations qui exigent des solutions relativement faibles, on touche toute la muqueuse. Toutefois, les deux méthodes combinées peuvent donner de bons résultats.

L'endoscopie, qui ne paraît avoir rendu jusqu'à présent aucun service dans les cas de fistules urétrales, permet 1° d'examiner les rétrécissements dans tous leurs détails et de les inciser sous les yeux du chirurgien, qui ne sectionne ainsi que les tissus sclérosés; 2° d'extraire les corps étrangers de l'urètre sans léser la muqueuse; 3° de traiter la folliculite par des cautérisations énergiques (iode, nitrate d'argent pur, galvano-cautère, etc.); 4° d'agir directement sur la prostate.

Par cette endoscopie à lumière externe, on peut 1° examiner toute la cavité vésicale, même avec un milieu trouble, les orifices des uretères et l'urine qui en vient, les tumeurs de la vessie; 2° extirper ces dernières quand elles sont petites ou bien en enlever un fragment pour l'examen histologique; 3° pratiquer le cathétérisme des uretères; 4° extraire les petits corps étrangers de la vessie. R. JAMIN.

De la résection incomplète de l'urètre suivie de réunion immédiate totale, par GUYON et ALBARRAN (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 3 *mai* 1892).

D'après une statistique de Noguès, on a publié 60 cas de résection de l'urètre : 49 fois la résection a été complète et 15 fois incomplète. Cette dernière doit être le procédé de choix, du moins pour les rétrécissements traumatiques, parce que la paroi inférieure est seule le siège des lésions et parce que, la continuité de la paroi supérieure n'étant pas interrompue, il ne se produit qu'une rétraction incomplète, qui augmente l'ouverture.

Il est toujours possible de faire la réunion ; elle doit être exacte, rapide et aseptique, pour obtenir une ligne cicatricielle minime ; dans le cas où l'on ne peut suturer entre eux les deux bouts du canal, on utilise les parties molles du périnée, qui n'en donnent pas moins un urètre excellent, sans aucune crainte d'infiltration d'urine.

Cette résection peut être pratiquée avec ou sans conducteur, au moyen de deux incisions, circonscrivant les tissus malades, ou au moyen d'une incision cruciale du canal. On suture l'urètre transversalement et le périnée longitudinalement par une suture à trois étages, dont les fils profonds saisiront les bouts du canal. Une sonde à demeure est placée pendant deux à quatre jours.

Sur 6 opérations rapportées par Guyon, les résultats ont été excellents ; dans plusieurs de ces cas, il y a eu guérison radicale.

Albarran a fait cette opération 6 fois, dont l'une comprenant une résection complète chez un tuberculeux, avec grattage de la prostate. Tous les opérés ont guéri avec un canal, laissant passer les Béniqué 56 à 60 au bout de 8 et 10 mois. OZENNE.

Urétrostomie, par PONCET (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 30 *avril* 1892).

L'urétrostomie, par laquelle Poncet a guéri cinq malades, consiste à créer un méat urinaire au périnée, dans les cas de rétrécissements impossibles à traîter (rétrécissements déjà urétrotomisés, avec périnée cicatriciel et fistuleux). Voici comment elle s'exécute : on fait l'urétrotomie externe et l'on recherche le canal, que l'on divise transversalement et complètement. Le bout postérieur, disséqué dans une certaine étendue, est divisé longitudinalement sur sa face inférieure; puis on l'attire vers la peau, à laquelle on suture la muqueuse. Le bout antérieur est suturé au catgut et abandonné dans la plaie. Cathétérisme pendant plusieurs jours. En un mot on a créé un hypospadias. OZENNE.

De l'emploi de la sonde à demeure après l'urétrotomie interne, par HORTELOUP (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 26 *avril* 1892).

Pour Horteloup, l'emploi de la sonde à demeure après l'urétrotomie interne, n'est pas toujours nécessaire.

Son usage est subordonné à l'état de l'urine, comme le prouve l'étude de 15 faits, qu'il a observés. Des recherches pratiquées à cette occasion lui ont démontré que :

1° On doit, avant toute urétrotomie, rechercher si les urines sont septiques ;

2° Si le résultat est positif, il est nécessaire de placer une sonde à demeure qui restera quatre ou cinq jours ;

3° Si le résultat est négatif, il est inutile d'avoir recours à cette sonde à demeure. OZENNE.

Hydrocèle et rétrécissements de l'urètre, par LOUMEAU (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 *juin* 1891).

Relation de sept cas d'hydrocèle, consécutive à des rétrécissements de l'urètre. Parmi ces rétrécissements, dont le siège était la région périnéo-bulbaire, cinq étaient d'origine blennorragique et deux d'origine traumatique. L'hydrocèle, de moyen volume, n'a été unilatérale qu'une seule fois. Loumeau expose ainsi la filiation pathogénique de cet épanchement : rétrécissement de l'urètre, stagnation de l'urine en arrière de l'obstacle et inflammation de la muqueuse urètro-prostatique, propagation latente de cette urétrite à la queue de l'épididyme, enfin vaginalite chronique séreuse. Ces hydrocèles peuvent disparaître spontanément après la cure du rétrécissement; si elles persistent elles sont justiciables des traitements ordinaires. OZENNE.

Pseudoinvagination der Urethralschleimhaut nach der Boutonniere, par Max SULZER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 21, *p.* 662, 1er *novembre* 1891).

Garçon de 11 ans tombé à califourchon sur une pièce de bois. Premières mictions spontanées, mais douloureuses et sanguinolentes ; cathétérisme nécessaire dès le lendemain soir. Entrée à l'hôpital le 3e jour après l'accident. Unpeu de gonflement et de coloration bleuâtre du périnée, peu sensible à la pression. Mictions normales. Au bout d'une semaine, le jet d'urine commence à diminuer progressivement de force et l'on sent, au niveau de la racine des bourses, une induration de l'urèthre. Au bout d'un mois, l'urine n'était plus émise que goutte par goutte, l'induration était devenue calleuse et l'on ne réussissait pas toujours à introduire les plus fines bougies Charrière. Urétrotomie externe. Le rétrécissement, long d'environ 5 millimètres, est excisé avec les tissus calleux qui l'environnent. La muqueuse et le tissu sous-muqueux de la paroi supérieure du canal sont disséqués de chaque côté pour pouvoir les unir par 4 points de catgut. La plaie périnéale est laissée ouverte et tamponnée avec de la gaze iodoformée ; pas de sonde à demeure. Dans l'espace d'une quinzaine, la plaie était complètement cicatrisée sans que l'opéré eût eu de fièvre. L'émission d'urine se faisait par un jet vigoureux, uniquement par les voies naturelles et la bougie n° 17 de Charrière pénétrait sans difficulté.

A partir du 70e jour après l'urétrotomie, les mictions redeviennent difficiles ; le 78e jour, la rétention d'urine est absolue. Le malade endormi par un anesthésique, le rétrécissement est complètement infranchissable. Kappeler refait l'urétrotomie externe. La boutonnière donne issue à une grande quantité d'urine claire. Une fois la vessie vidée par pressions abdominales, on prolonge en avant la petite incision urétrale et l'on constate l'état de choses suivant :

Une cavité du volume d'une noix, résultant de la dilatation d'une partie de la région bulbo-membraneuse et à l'extrémité postérieure de laquelle se voit l'orifice du segment postérieur, normal, de l'urètre. L'extrémité antérieure de la cavité est formée par une éminence globuleuse, grosse comme la pulpe du petit doigt et revêtue par la muqueuse normale. Au centre de cette petite tumeur, se trouve, gros comme une piqûre d'épingle, l'orifice

du bout antérieur du canal. Avec des ciseaux introduits sur une fine bougie, on fend la saillie globuleuse et l'on voit que le trajet, ainsi ouvert, long de 5 millimètres, représente la récidive du rétrécissement. A la base de l'éminence, l'urètre reprend ses dimensions normales. Excision de toute la partie rétrécie qui faisait ainsi saillie dans la portion dilatée du canal. Guérison parfaite.

Sulzer discute la nature de la saillie constatée à l'extrémité antérieure de la portion dilatée de l'urètre. A première vue, il semblait qu'on eût affaire à une véritable invagination de la muqueuse provoquée par les tentatives de cathétérisme. Mais celles-ci n'ont jamais déterminé la moindre hémorragie. Aussi préfère-t-il l'explication suivante : La partie dilatée, en arrière du rétrécissement, avait primitivement pour limite antérieure les tissus calleux environnant le rétrécissement ; mais peu à peu les violents efforts nécessaires à la miction ont refoulé d'arrière en avant la muqueuse saine tout autour des callosités. J. B.

Considérations pathogéniques sur l'hémospermie, par R. JAMIN (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., novembre* 1891).

Dans ce travail, Jamin étudie la pathogénie des éjaculations sanglantes, en dehors des causes d'ordre inflammatoire (orchite, prostatite, urétrite, etc...), et il place en première ligne les excès de coït et de masturbation. L'excès contraire (continence extrêmement prolongée) vient en deuxième ligne, pouvant déterminer une hémorragie dans la vésicule séminale par le processus *a vacuo*. Puis, viennent certaines causes de nature purement congestive (séjour au lit, usage immodéré du vélocipède, etc...), et enfin les coliques spermatiques et les hémorroïdes. Un grand nombre d'observations personnelles accompagnent chacun des chapitres de ce travail, destiné surtout à mettre en évidence la bénignité des éjaculations sanglantes d'origine simplement congestive. A. C.

Zur Frage der operativen Fixation des Leistenhodens im Grunde des Scrotums (Contribution à l'étude de la fixation opératoire du testicule ectopié au fond du scrotum), par Carl LAUENSTEIN (*Deutsche Zeitschrift für Chir., XXXIII,* 4-5, *p.* 398).

L'article de Lauenstein renferme une observation avec examen histologique dû à G. Heinrich, prosecteur à Rostock, observation qui a une certaine importance. Lauenstein y ajoute quelques considérations cliniques.

Il s'agit d'un jeune homme de 13 ans, atteint d'une ectopie inguinale congénitale double. Le scrotum était vide ; les testicules siégeaient au voisinage du pilier externe. Le gauche paraissait normal, d'un volume en rapport avec l'âge de l'enfant; le droit était très notablement diminué de volume. L'enfant demandait l'avis du chirurgien, parce qu'il éprouvait des douleurs dans les testicules et parce que ces souffrances s'accompagnaient parfois de nausées et de troubles respiratoires. Lauenstein l'opéra le 19 février 1888, d'abord du côté droit. Il fixa le testicule au fond des bourses par des fils de catgut, après avoir eu quelque peine à libérer l'organe.

Mais au bout de quelque temps, le testicule droit était remonté vers le pubis ; puis, de ce côté, apparaissait alors une hernie inguinale. Cette hernie fut opérée le 3 octobre 1890, et on enleva en même temps le testicule, qui était très atrophié.

Heinrich a examiné histologiquement ce testicule : il trouva une obli-

tération du canal déférent; il constata de plus qu'il n'y avait pas trace dans l'organe de spermatozoïdes. MARCEL BAUDOUIN.

De la virulence du liquide de l'hydrocèle symptomatique de la tuberculose testiculaire, par TUFFIER (*Ann. des mal. gén.-urin., octobre* 1891).

Homme de 22 ans, atteint de prostatite et d'épididymite probablement tuberculeuses et d'hydrocèle. Ponction de celle-ci; examen microscopique négatif du liquide qui, injecté dans le péritoine d'un cobaye, amène la mort en quelques jours. Dans plusieurs cas, Tuffier a vu des hydrocèles du volume d'une mandarine accompagner des lésions tuberculeuses unilatérales localisées au testicule ou à l'épididyme, la prostate et les vésicules séminales restant saines. Chez trois malades, la marche de l'affection avait été chronique; chez un seul, elle avait été aiguë. Ablation du testicule et de la vaginale sans ouvrir cette séreuse; examen bactériologique négatif: pas de vaginalite bacillaire. Le liquide, citrin dans sous les cas, est injecté dans le péritoine de cobayes qui meurent de tuberculose. Les malades ont tous guéri par première intention.

Ces faits prouvent, d'après Tuffier, que : 1° en cas d'incertitude du diagnostic, l'inoculation peut lever les doutes; 2° la ponction, suivie d'injection, est indiquée ; 3° en cas d'intervention radicale, on doit enlever le testicule et la vaginale, sans ouvrir cette dernière, afin d'éviter une nouvelle infection. R. JAMIN.

Résultat d'une résection du sommet du poumon droit, par CHAVANNAZ (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 *mars* 1892).

Jeune garçon de 26 ans ayant subi, il y a 10 mois, la résection du sommet du poumon droit pour lésion tuberculeuse limitée.

Depuis l'opération, le malade a repris ses forces, a gagné 7 kilos et est en excellent état. La cicatrice préclaviculaire, en forme de cône, contient un liquide puriforme, inodore, qui augmente dans les efforts de toux.

OZENNE.

De la constriction permanente des mâchoires, par BRITON (*Thèse de Paris*, *n°* 295, *mai* 1892).

Cette étude, basée sur 122 observations, conduit aux conclusions suivantes :

La constriction permanente des mâchoires est due tantôt à un resserrement cicatriciel, tantôt à une rétraction des muscles masticateurs et en particulier du masséter, tantôt à une ankylose temporo-maxillaire.

Les constrictions congénitales sont exceptionnelles; elles sont toujours produites par des jetées osseuses étendues d'un maxillaire à l'autre, ou de la mâchoire inférieure au temporal ou à l'os malaire.

En ce qui concerne le traitement, on regardera toujours la formation d'une pseudarthrose comme ressource ultime, car une fausse articulation, quelque mobile qu'elle soit, est une infirmité fâcheuse, pénible surtout au point de vue de l'alimentation. On commencera donc par des procédés moins énergiques, par la dilatation mécanique, et si elle n'est suivie d'aucun résultat on sera autorisé à tenter des opérations plus compliquées et en rapport avec la nature de la maladie.

1° *Contrictions cicatricielles.* — A. Section des cicatrices par la bouche. La destruction des adhérences par l'extérieur n'est conseillée que

dans le cas où toute l'épaisseur des joues est indurée et surtout lorsque le masséter est compris dans la rétraction.

B. Transplantation autoplastique, par glissement de la muqueuse buccale.

C. Pseudarthrose sur la branche horizontale du maxillaire inférieur, à la limite intérieure des adhérences, d'après le procédé d'Esmarch. Cette intervention ne doit jamais être pratiquée des deux côtés, même si la constriction est bilatérale : comme dans ce cas il est rare que les lésions soient aussi sérieuses de part et d'autre, on utilise à tout prix, par l'un des moyens précédents, le masséter du côté le moins malade pour conserver la mobilité du fragment osseux libéré.

2° *Constrictions musculaires.* — A. Myotomie par voie cutanée de préférence à la section intra buccale.

B. Pseudarthrose en avant du masséter d'après la méthode d'Esmarch, car l'échec de la mastérotomie est presque toujours causé par des brides cicatricielles.

Dans les constrictions musculaires bilatérales : myotomie double. S'il y a récidive, pseudarthrose du côté le plus malade, et, de l'autre, destruction des adhérences par section ou par autoplastie.

3° *Constrictions articulaires.* — La formation d'une pseudarthrose est le seul traitement lorsque la dilatation mécanique a échoué.

MAUBRAC.

A case of diffuse fibroma of both breasts, par PORTER (*Boston med. and surg. Journal, p.* 205, 3 *mars* 1892).

Femme de 37 ans, 2 enfants ; ordinairement bien réglée ; atteinte depuis 3 ans de tumeurs des seins à marche lente. Trois mois avant son entrée au Massachusetts General Hospital, coïncidant avec la suspension des règles, l'évolution néoplasique prend une marche si rapide que les seins mesurent :

Sein droit, dans sa plus large circonférence, $0^m,95$; longueur de la base au mamelon, $0^m,42$; circonférence de la base, $0^m,57$. — Sein gauche, dans sa plus large circonférence, $0^m,70$; longueur de la base au mamelon, $0^m,35$; circonférence de la base, $0^m,57$.

Opération. Guérison rapide des plaies opératoires ; la malade quitte l'hôpital, contracte peu après un érysipèle, meurt en expulsant un fœtus de 6 mois. La tumeur du sein droit pèse 43 livres, celle de gauche 17 livres. Examen histologique : le tissu fondamental est un tissu fibreux, riche en cellules contenant dans ses interstices une grande quantité de liquide séreux et encastrant les glandes acineuses et les conduits largement séparés les uns des autres et dans l'intérieur desquels le tissu fibreux de nouvelle formation s'était frayé un chemin. Il y a donc lieu de considérer l'affection, non comme une hypertrophie vraie des seins, mais comme un fibrome diffus à tendance envahissante intracanaliculaire. CART.

Traitement des tumeurs malignes par la pyoctanine, par NANU (6e *Cong. fr. chir. et Gaz. des hôpit.*, 26 *avril* 1892).

Relation de 10 cas de tumeurs épithéliales, siégeant pour la plupart sur la face et sur les lèvres. Elles ont été traitées par des injections d'une solution de pyoctanine au 100e. La quantité injectée a varié entre 2 et 5 grammes. Dans les 10 cas, il y a eu une amélioration très notable, le volume de la tumeur, les sécrétions et les douleurs ayant dimi

nué en même temps qu'on notait une élimination de parcelles néoplasiques.

A la suite de l'injection il se produit un œdème considérable de la région et une oblitération des vaisseaux, qui amène la nécrobiose des tissus pathologiques.

Les tissus sains périphériques ne sont pas atteints par la mortification. OZENNE.

Ueber ein Fall von Unterlippenkrebs (Sur un cas d'épithéliome de la lèvre inférieure), par ADAMKIEWICZ (*Wiener medizinische Presse*, 3 *juillet* 1892).

Homme de 68 ans. En mai 1890, petite tumeur de la lèvre inférieure, indolore; accroissement d'abord lent, puis rapide. Examen du malade le 31 décembre 1890 à la clinique médicale de Cracovie : homme de grandeur moyenne, bien constitué, mais commençant à se cachectiser. La lèvre inférieure est profondément infiltrée, largement ulcérée sur les bords. La tumeur est dure ; elle occupe toute la partie gauche de la lèvre et empiète même à droite. La lèvre étant immobilisée, le malade ne parle que très difficilement et ne peut ni siffler ni fumer.

Les ganglions du cou sont engorgés, durs, mais non douloureux; on en compte 14 disséminés dans toute la région; les plus gros atteignent le volume d'une noisette. Le 3 janvier 1891, on fit au malade une injection hypodermique de cancroïne à 11 heures du matin. A 4 heures de l'après-midi, la partie malade de la lèvre inférieure est très rouge, très douloureuse. Il s'en échappe à la pression une masse purulente verdâtre sentant mauvais, mélangée de sang. Le malade se plaint de douleurs violentes dans la tumeur non ressenties jusqu'à ce jour. Le 5 janvier, la tumeur a tendance à se rétracter. Un ganglion très dur de la grosseur d'un haricot, qui se trouvait sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien gauche, a disparu et, le lendemain, trois ganglions, que l'on sentait sur le côté droit du cou, n'étaient plus perceptibles. Encouragé par ce résultat, on continua systématiquement les injections au bras, au thorax, à la nuque, etc.

L'état général se maintint bon, sans fièvre; le malade prit même du poids. Localement, il se fit dans la tumeur de notables changements : elle perdit sa dureté ligneuse, diminua de grosseur, tendit à la cicatrisation; la lèvre redevenant mobile, le malade put parler, siffler, fumer. En août, l'état était très satisfaisant, lorsque le malade dut quitter le service. Immédiatement après la cessation du traitement, la suppuration se rétablit; l'infiltration épithéliale reprit sa marche envahissante, de sorte qu'en janvier 1892, on fit l'ablation de la tumeur et de trois ganglions.

En avril 1892 : la lèvre, opérée, est bien guérie; seuls, cinq très petits ganglions sont perceptibles au toucher.

Si l'on veut juger la valeur thérapeutique des injections, dans ce cas, il faut se remémorer la marche de la maladie avant le commencement du traitement et voir les changements qui se firent dans la région malade au cours du traitement. De mai 1890 à janvier 1891 : marche envahissante de la tumeur, ulcération, infiltration de 13 ganglions. De janvier 1891 à août, mois où malheureusement le traitement fut suspendu, régression de la tumeur, tendance à la cicatrisation, disparition de presque tous les ganglions, lèvre reprenant ses fonctions.

Arrêt dans le traitement : reprise de tous les phénomènes morbides.

CART.

Des fistules du menton, par BELLEMAIN (*Thèse de Paris*, n° 234, *juin* 1892).

Les fistules du menton sont presque toutes consécutives à des lésions dentaires, à la lésion d'une incisive inférieure en général.

Ces lésions siégent sur la racine de la dent, sur le périoste ou ligament et sur l'alvéole; elle ne sont pas spontanées; la dent a subi une altération dans sa couronne qui a permis à l'infection de se produire.

La coloration de la dent, la perte de sa transparence, et l'exploration de la fistule au stylet, permettront d'arriver à reconnaître l'organe dentaire malade qui a donné naissance à la fistule et l'entretient.

Pour obtenir la guérison de ces fistules il faut agir sur leur cause, la lésion dentaire; pour cela on aura recours à l'extraction de la dent, à la résection de la partie altérée et à la réinplantation immédiate. MAUBRAC.

Des abcès et des fistules du menton symptomatiques d'une lésion non apparente de la racine de l'une des incisives inférieures, par Gérard MARCHANT (*Bullet. de la Soc. de chirurgie*, *XVIII*, *p*. 270).

Gérard Marchant rapporte une observation personnelle et quatre observations dues à Le Fort et à Beurnier, dans lesquelles une lésion non apparente de la racine de l'incisive avait provoqué un abcès, puis une fistule au menton.

Il n'y avait, dans ces cas, ni sensibilité à l'exploration par le stylet ou à la pression sur la dent, ni changement de coloration, ni élévation de la dent, ni mobilité anormale.

Les seuls signes qui, en pareil cas, permettent d'établir le diagnostic, sont la perte de transparence de l'incisive et l'issue du pus par une ponction exploratrice, par la trépanation de la dent.

La pathogénie de ces abcès et de ces fistules est expliquée par ce fait que les lésions dentaires peuvent être localisées à quelques canalicules de la denture, que la dent peut paraître absolument saine jusqu'au moment où le microscope révèle des altérations limitées à quelques canalicules.

Le traitement comprend trois procédés : 1° la trépanation directe, qui n'est à conseiller que si on n'a pas sous la main l'outillage nécessaire; 2° le drainage de la dent, qui se fait à l'aide d'un petit perforateur, introduit verticalement dans la cavité dentaire, en arrière de l'incisive et immédiatement au-dessus de ce renflement que porte cette incisive au niveau de son collet. Par ce puits intra-dentaire sort le pus et peuvent être faites des injections; 3° la greffe dentaire, qui consiste à enlever la dent malade, à réséquer la portion altérée de la racine d'un coup de ciseau et à réimplanter la dent. Cette dernière méthode, très simple, n'exigeant aucune instrumentation spéciale, toujours suivie de succès, paraît être la méthode de choix. C. WALTHER.

Deux observations d'arthrite purulente sans microbes, par DEBOVE et RENAULT (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 *décembre* 1891).

1° Un homme de 69 ans a une arthrite du poignet droit, très douloureuse, qui au bout de plusieurs mois se termine par ankylose presque complète; peu après, arthrite aiguë du genou droit, avec rougeur et gonflement considérable des parties voisines; une ponction évacuatrice permet de retirer

60 grammes de pus épais, visqueux, ne contenant pas de microbes; dès le lendemain la douleur diminue, et dix semaines après, le malade était complètement guéri.

2° Un homme de 57 ans est atteint, après des écorchures au pied, de lymphangite légère et d'adénite inguinale, qui guérissent rapidement; peu après douleur au genou qui devient le siège d'un épanchement notable; on retire 100 grammes de liquide séro-sanguinolent, et on injecte peu à peu 150 grammes de liqueur de van Swieten; l'épanchement se reproduisit et les condyles devinrent douloureux. Le malade, diabétique, succomba peu après à une pneumonie. A l'autopsie on trouva les fibro-cartilages semi-lunaires détruits, les cartilages ulcérés, plusieurs points de nécrose osseuse. Le pus ne contenait ni bacilles de la tuberculose ni microbes de la suppuration. H. L.

OPHTALMOLOGIE.

Manuel d'ophtalmologie, par E. FUCHS, traduit de la 2e édition allemande, par LACOMPTE et LEPLAT (*Paris*, 1892).

Livre essentiellement pratique qui reflète les idées émises autrefois par Arlt, dans son enseignement, et mises par Fuchs à la hauteur des données actuelles de la science. De nombreuses gravures dans le texte permettent de comprendre plus facilement un texte déjà très clair, et les problèmes de l'ophtalmologie mis à la portée de tout le monde, avec le talent que chacun reconnaît à l'auteur de cet ouvrage. ROHMER.

Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale, par E. BERGER (*In*-8°, *Paris*, 1892).

Les anciens auteurs ont souvent admis qu'il existait des relations entre les maladies des yeux et les dyscrasies; mais leur opinion était tout arbitraire et ne reposait sur aucune preuve scientifique. Grâce aux nouveaux moyens d'investigation, l'ophtalmoscopie, la perimétrie et autres méthodes, on a pu étudier ces rapports d'une façon sérieuse dans les quarante dernières années.

Après des considérations sur l'embryologie et les nerfs de l'œil, l'auteur étudie les paralysies oculaires, puis les troubles oculaires dans les maladies du système nerveux. Il passe ensuite en revue les relations qui peuvent exister entre les maladies oculaires et d'autres lésions de l'organisme, telles que : maladies de la peau, de l'oreille, du nez, de la bouche, du tube digestif, des organes respiratoires et de la circulation, du sang, des reins, des organes généraux, etc, etc., puis des intoxications, des maladies professionnelles, etc. Ce livre, s'il contient de nombreuses lacunes, aura du moins l'avantage de montrer combien cette partie de la science médicale appelle de nouvelles recherches. ROHMER.

Hygiène de l'œil, par TROUSSEAU (*In*-16, *Paris*, 1892).

Dans ce petit livre, l'auteur étudie avec le plus grand soin les causes

et surtout la prévention de la cécité d'une façon générale; puis il porte son attention sur l'hygiène publique, insistant surtout sur la vie scolaire, qui, bien dirigée, peut, dans une certaine mesure, protéger l'écolier contre des accidents oculaires, qui plus tard l'arrêteraient au seuil de la carrière qu'il aurait embrassée. Il le suit adulte, exerçant un métier dangereux pour la vue, ou simple homme privé abusant inconsciemment des yeux; puis il termine cet aide-mémoire par deux chapitres consacrés à l'hygiène professionnelle et à l'hygiène privée. Dans cette dernière, je signalerai surtout les recherches spéciales de l'auteur sur l'hérédité et la consanguinité, démontrant que cette dernière est à peu près hors de cause, lorsqu'il s'agit de malformations de l'œil, lesquelles peuvent presque toujours être attribuées à l'hérédité, si les recherches du médecin sont minutieusement faites dans ce sens. ROHMER.

De la suppression du cristallin transparent comme traitement de la myopie forte ou progressive, par H. BOUCHARD (*Thèse de Paris*, 1892).

A la suite de l'intervention, en pareil cas, l'acuité visuelle a toujours augmenté ou les malades ont pu reprendre leurs occupations quelques semaines après l'opération. Les troubles oculaires, métamorposie, céphalalgie, etc., ont diminué rapidement et même disparu, en même temps que disparaissait l'effort accommodatif. L'extraction du cristallin chez les myopes est surtout justifiée par ce fait que les moyens employés jusqu'ici sont insuffisants. ROHMER.

Eigenartiger Gebrauch des Convexeglases bei excessiver Hypermetropie (Usage particulier d'un verre convexe dans l'hypermétropie excessive) par LANDSBERG (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., juin* 1892).

Un malade âgé de 38 ans, ayant une aphakie congénitale, probablement héréditaire dans sa famille, se sert pour voir nettement à distance d'un verre convexe de 8 D placé à 6 centimètres de la cornée. La combinaison d'un verre convexe placé à cette distance avec l'appareil dioptrique d'un œil fortement hypermétrope doit produire le même effet que la lunette de Galilée sur un œil emmétrope. Un verre de 15 D placé devant l'œil du malade, verre dont l'effet convergent est égal à celui d'un verre de 8 D placé à une distance de 6 centimètres, l'acuité visuelle reste considérablement inférieure à celle obtenue avec un verre + 8 D placé à une distance de 6 centimètres. ROHMER.

Un instrument pour déterminer l'hétérophorie, par F. STEVENS (*Ann. d'ocul. janvier* 1892).

Derrière un trou sténopéique de 3 millimètres, on place une lentille convexe de 13 D. L'image d'une bougie placée à une distance de 6 mètres, vue par le trou sténopéique de cet appareil, est un large disque complètement net de lumière diffuse. Quand il y a orthophorie, le malade voit l'image non transformée exactement dans le centre du disque lumineux aperçu par l'autre œil. Toute autre disposition relative des deux images révèle l'existence de l'hétérophorie, dont l'espèce peut être diagnostiquée par la position relative des deux images. ROHMER.

Traitement des affections du sac lacrymal, par Gama PINTO (*Ann. d'ocul. janvier* 1892).

L'auteur indique un procédé d'oblitération du sac lacrymal qu'il pra-

tique de la façon suivante : on incise extérieurement le sac, on le curette et on le tamponne avec de l'ouate; puis à travers les deux conduits lacrymaux dilatés on fait passer une anse galvano-caustique qu'on fait rougir jusqu'à ce que les conduits lacrymaux soient cautérisés énergiquement dans toute leur longueur. On cautérise ensuite les parois du sac avec du nitrate d'argent ou du chlorure de zinc. Une violente réaction survient, qui ne tarde pas à se calmer. La cicatrice cutanée est peu apparente, sous forme de léger enfoncement. Finalement, il ne persiste qu'une petite accumulation de larmes dans l'œil, mais qui, d'après G. Pinto, gêne peu les malades. ROHMER.

Nouveau procédé opératoire pour le traitement rapide de la dacryocystite, par GUAITA (*Ann. d'ocul., janvier* 1892).

Après raclage du sac lacrymal et dilatation du canal nasal, l'auteur enfonce dans celui-ci une canule faite d'un os de gros crapaud décalcifié. Au bout de 15 jours l'os serait résorbé, et la lumière du canal persisterait, d'après les idées théoriques de l'auteur; car il n'emploie son procédé que depuis 5 mois et ses opérés atteignent le chiffre de 31. La guérison aurait été rapide et complète, à l'exception d'un sujet scrofuleux, ou le retard de la cicatrisation a été causé par une carie des os. La persistance du bon état obtenu constaté chez tous les opérés, fait espérer que la guérison sera définitive. ROHMER.

Zur sogenannten Thränensack-Blennorrhoë der Neugeborenen (La soi-disant blennorrhée du sac lacrymal des nouveau-nés), par HEDDAEUS (*Klin. Monastbl. f. Augenheilk., mars* 1892).

L'auteur a observé un cas dans lequel l'enfant s'éveillait toujours sans sécrétion, quand avant le sommeil on avait eu soin de nettoyer l'œil; tandis que les mucosités apparaissaient très abondantes pendant l'état de veille. Heddaeus explique ce fait en admettant qu'il ne s'agit pas d'une blennorragie, mais simplement d'une obstruction due à la persistance de la membrane de Bochdalek Cette supposition est rendue probable par l'observation de ce fait, que la sécrétion n'irrite pas la conjonctive, même quand elle a inondé l'œil pendant des semaines. La guérison se fait d'une façon spontanée ; il est donc inutile d'intervenir.

ROHMER.

Cysten der Oberlieder (Kystes des paupières supérieures), par STŒWER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilh., juin* 1892).

L'auteur vient d'observer un kyste des deux paupières supérieures d'une nature particulière. Une jeune fille âgée de 16 ans, portait depuis deux ans, immédiatement sous la peau des paupières, deux kystes de 4 à 6 millimètres de diamètre, très mobiles, renfermant un liquide aqueux. La paroi intérieure de ces kystes était tapissée d'un épithélium cylindrique simple composé de cellules à gros noyaux. Dans le tissu adhérent à la paroi des kystes, on trouva, au microscope, des parties de glandes de Krause. L'auteur pense qu'il a eu affaire à une dégénérescence de ces glandes de Krause.

ROHMER.

Conjonctivite à streptocoques, par PARINAUD (*Ann. d'ocul., février* 1892).

Cette variété de conjonctivite se distingue de la conjonctivite purulente à gonocoques par des caractères bactériologiques bien tranchés, par une symptomatologie et une étiologie très spéciales. La conjonctive est le siège d'une injection intense, rouge sombre ou violacée qui, sur le globe oculaire, rappelle à la fois celle de l'iritis et celle de la conjonctivite. La sécrétion est peu abondante. Les paupières sont cependant accolées le matin et l'on constate, dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, un liquide blanchâtre formé par des globules de pus mélangés aux larmes.

La tuméfaction des paupières est modérée. Les douleurs sont variables, mais généralement assez vives.

La cornée n'a pas de tendance à s'ulcérer ou à se sphacéler. Par contre, la conjonctivite à streptocoques se complique assez souvent d'iritis. Parinaud n'a jamais observé la forme plastique de l'iritis, mais seulement la forme séreuse. Les synéchies sont rares, tandis que la tension de l'œil est quelquefois augmentée. Cette iritis peut persister après la disparition de la conjonctivite, alors qu'il n'y a plus de streptocoques dans la sécrétion conjonctivale. L'hyperémie générale de la conjonctive disparaît, mais l'injection périkératique persiste.

L'origine semble être toujours dans les voies lacrymales. La conjonctivite à streptocoques s'accompagne le plus souvent d'une inflammation aiguë de la muqueuse du sac.

Le pus, recueilli dans le cul-de-sac conjonctival et dans les voies lacrymales, contient à l'examen microscopique de nombreux streptocoques. Par l'ensemencement il a toujours donné des cultures pures du même microbe. Enfin, inoculé à des lapins, il a déterminé des suppurations ne renfermant que du streptocoque.

Dans un cas d'iritis intense avec dépôt de pigment sur la capsule du cristallin et exagération de la tension oculaire, l'humeur aqueuse, recueillie antiseptiquement à l'aide d'une seringue de Pravaz, ne renfermait aucun microbe. Il y a lieu de se demander si l'iritis qui complique la conjonctivite est due seulement à l'action des toxines microbiennes ou à la pénétration du streptocoque dans l'œil.

La conjonctivite à streptocoques est quelquefois bénigne, mais, lorsqu'elle est bien développée, elle est généralement tenace et résiste longtemps au traitement habituel des conjonctivites. Le sublimé doit être employé non pas en lavages, mais en collyres, avec solutions concentrées au 1/1000. A. CARTAZ.

Recherches sur l'angle de la chambre antérieure et le canal de Schlemm, par ROCHON-DUVIGNEAUD (*Thèse de Paris*, 1892).

L'auteur établit que l'angle de la chambre antérieure de l'homme, c'est-à-dire, l'espace qui a pour paroi antérieure la zone comprise entre la pointe du muscle ciliaire et l'origine de la membrane de Descemet est l'homologue de ce qu'on appelle *espace cilio-scléral* chez les mammifères et qui correspond à peu près aux espaces de Fontana. Le canal de Schlemm communique certainement avec le système veineux et en fait partie. Par sa structure, il se rapproche d'un sinus de la dure-mère et pourrait

porter le nom de sinus scléral. Il n'y aurait pas de communications ouvertes entre la chambre antérieure et le canal de Schlemm, et ce dernier ne serait pas, comme le prétend Schwalbe, l'équivalent de l'une des lacunes du réticulum scléro-cornéen. ROHMER.

Zur Behandlung des traumatischen Iris-Vorfalls (Traitement du prolapsus traumatique de l'iris), par FRANKE (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. mars* 1892).

L'auteur conseille l'excision du prolapsus, qui lui a donné de bons résultats dans plusieurs cas. L'intervention opératoire seule assure les yeux contre les suites du traumatisme. L'objection tirée de la légère déformation de la pupille mérite à peine d'être citée. Même avec le traitement conservateur ou la simple réduction du prolapsus, la guérison sans déformation n'est guère possible. ROHMER.

Ueber die Pseudocolobome der Iris (Les pseudo-colobomes de l'iris), par RUMSCHEWITSCH (*Arch. f. Ophth., XXXVII,* 4).

Les colobomes normaux, c'est-à-dire, ceux situés dans le segment inférieur de l'iris, s'expliquent facilement, d'après Ammon, par une soudure irrégulière de la fente oculaire fœtale. Au contraire, la théorie de la rotation du globe en dehors, d'après Vossius, n'explique nullement les cas de pseudo-colobomes situés en dedans ou en haut, dont l'auteur a rassemblé 28 cas, il en est de même de la théorie de Deutschmann qui fait intervenir l'inflammation comme cause des pseudo-colobomes iriens.

D'après Rumschewitsch, les pseudo-colobomes de l'iris doivent être attribués à un développement fœtal irrégulier de l'œil. L'iris se compose d'un feuillet postérieur provenant de la vésicule optique et d'un feuillet antérieur issu d'un mésoblaste. C'est dans une soudure irrégulière de ces deux feuillets qu'il faut chercher l'origine des pseudo-colobomes. Cette soudure commence au bord pupillaire pour s'étendre vers la périphérie ; si la soudure fait défaut à une place quelconque, il en résultera une perforation de l'iris. Un développement insuffisant de la lame mésoblastique peut aussi donner un pseudo-colobome. On s'explique ainsi que les pseudo-colobomes puissent être situés à un endroit quelconque de l'iris, et que leur enfoncement ne dépend pas de la situation de la fente embryonnaire. ROHMER.

Drei Fälle von Iritis hæmmorrhagica (Trois cas d'iritis hémorragiques), par RECHE (*Klin. Monastbl. f. Augenheilk. mai* 1892).

Les hémorragies dans le cours de l'iritis n'ont jusqu'ici presque pas été signalées. L'auteur rapporte trois cas d'iritis très aigus et d'un caractère très inflammatoire, qui ont présenté en même temps une exsudation sanguine dans la chambre antérieure ; les trois malades étaient fortement rhumatisants, et chacun, avant la guérison, a présenté une récidive qui cependant avait un caractère différent de la première atteinte. La guérison s'effectua chez tous les trois. ROHMER.

Die topisch-diagnostichen Verhältnisse bei einsetiger isolirter reflectorischer Pupilenstarre (Discussion sur le diagnostic à propos d'une paralysie pupillaire unilatérale d'origine réflexe), par Lyder BORTHEN (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *avril* 1892).

Il s'agit d'un individu de 31 ans, ayant eu, il y a 19 ans, un chancre dur, avec accidents spécifiques consécutifs. Depuis quelques années, il se plaignait de vertiges dans les lieux publics. Rien d'anormal à signaler dans l'état de ses yeux, si ce n'est que la pupille gauche est plus dilatée que la droite; l'éclairage ne provoque aucune contraction de cette pupille, tandis que la convergence et l'accommodation se rétrécissent un peu, mais très lentement; la réaction est normale pour la pupille droite.

D'après l'auteur, il s'agirait, selon toute vraisemblance, d'une affection centrale, en particulier, d'une lésion du noyau du sphincter irien.

ROHMER.

Ein Beitrag zur Kenntniss der nicht traumatischen Iridodyalise (Contribution à l'étude de l'iridodyalise non traumatique), par HESS (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *mars* 1892).

Il s'agit d'iridodyalises symétriques de grande étendue existant sur les deux yeux d'un garçon âgé de 14 ans, et sans cause connue. La vision était considérablement diminuée, les doigts comptés à 4 mètres seulement, à la suite d'un glaucome survenu à l'âge de huit ans. Des dépôts sur la cristalloïde antérieure font supposer que celui-ci était consécutif à une iridocyclite. ROHMER.

Sur les ophtalmoplégies, par ARMAIGNAC (*Soc. franç. d'opht.*, 1892).

Armaignac désigne sous le nom d'ophtalmoplégie toute paralysie oculaire, quels que soient le nombre et la variété des muscles atteints. La distinction devenue classique aujourd'hui, entre les ophtalmoplégies et les paralysies isolées ne lui paraît avoir aucune raison d'être maintenue puisque les paralysies isolées peuvent avoir la même cause et la même origine que les paralysies multiples. L'auteur étudie successivement les différentes formes d'ophtalmoplégie, le diagnostic, la symptomatologie l'étiologie, l'anatomie pathologique et le traitement des ophtalmoplégies. Impossible de le suivre dans les détails de ce long rapport : disons seulement qu'il étudie successivement l'ophtalmoplégie nucléaire, fasciculaire, basale et orbitaire. ROHMER.

Ein Fall von doppelseitiger Trochlearisparese complicirt mit partieller doppelseitiger Oculomotoriuslähmung (Un cas de parésie double de la 4e paire), par PFLUEGER (*Arch. f. Ophth.*, *XXXVII*, 4).

L'auteur publie le premier cas bien net de parésie double de la quatrième paire, survenue à la suite d'une attaque d'influenza.

Une étude approfondie des torsions de l'œil qui surviennent à la suite des inclinaisons latérales de la tête a permis de constater, à côté de la paralysie double de la quatrième paire, l'existence d'une parésie du petit oblique droit. La paralysie de la quatrième paire s'était déjà améliorée au bout de trois semaines, tandis qu'un an après le début de la maladie, il existait encore un léger degré de parésie du petit oblique droit. L'en-

semble des phénomènes amène à supposer qu'il s'agit d'une lésion située dans la région des noyaux bulbaires. ROHMER.

Zur Entstehung bleibender Hornhauttribungen nach Kataractextrationen (Opacités cornéennes après l'opération de la cataracte), par WICHERKIEWICZ (*Deutsche med. Woch., n° 7, p.* 148, 1892).

L'auteur évite les taies durables de la cornée qu'on voit parfois succéder à l'extraction de la cataracte, en employant le procédé suivant : il instille deux ou trois fois avant l'opération des gouttes d'une solution de cocaïne à 5 0/0, puis il invite le patient à fermer les yeux pendant cinq minutes ; il lave la conjonctive avec une solution chaude de sublimé à 1/10000 ; ce n'est qu'après l'opération qu'il recommence le lavage au sublimé.

Il évite donc de pratiquer des lavages pendant l'opération même, et par conséquent de faire pénétrer le sublimé dans la chambre antérieure.

D'autres antiseptiques ont la propriété de faire naître les opacités cornéennes; l'acide phénique, par exemple. L. GALLIARD.

De quelques troubles cornéens consécutifs à l'extraction de la cataracte, par NUEL (*Congrès fr. d'opht., mai* 1892).

L'auteur a observé deux sortes de troubles cornéens : dans une première variété, il s'agit de stries perpendiculaires à la section, qui seraient dues à l'imbibition de la cornée par l'humeur aqueuse, à travers les craquelures de l'endothélium, craquelures produites par le bandeau compressif qui amène un plissement de la surface cornéenne. Quant au trouble laiteux, uniforme, si grave, il paraît dépendre exclusivement de la pénétration du sublimé dans les lames cornéennes. ROHMER.

Zur pathologischen Anatomie und Pathogenese des Centralstaars (Anatomie pathologique et pathogénie de la cataracte centrale), par O. SCHIRMER (*Arch. f. Ophth., XXXVII, 4*).

En examinant cinq cas de cataracte centrale, l'auteur a pu affirmer que la pathogénie de la cataracte zonulaire et de la cataracte centrale était identique. Comme dans la cataracte zonulaire, un grand nombre de gouttelettes disposées entre les fibres cristalliniennes, et possédant un indice de réfraction supérieur à celui du cristallin normal, produit l'ossification observée dans les cas de cataracte centrale. Les phénomènes cliniques peuvent aussi être les mêmes. Aussi dans deux cas sur cinq, l'examen clinique a montré qu'il s'agissait d'une cataracte zonulaire formée par une zone complètement opaque, voisine du noyau, mais renfermant un noyau transparent ; dans la cataracte véritablement centrale, le trouble, ordinairement très intense, est localisé au noyau.

Quant à la pathogénie de la cataracte centrale, elle est identique à celle de la cataracte zonulaire. Le trouble de nutrition qui produit l'opacité cristallinienne, engendre une cataracte centrale quand il survient dans la première période de la vie intra-utérine, une cataracte zonulaire, lorsqu'il se forme plus tard. La cause de cette différence est dans le mécanisme de formation du cristallin. ROHMER.

Sur le traitement de la cataracte congénitale, par DOR (*Congrès de la Soc. fr. d'opht., mai* 1892).

Les différentes formes de cataractes congénitales peuvent être classées sous les cinq rubriques suivantes : 1° cataractes pyramidales; 2° cataractes zonulaires; 3° cataractes nucléaires, centrales; 4° cataractes totales; 5° cataractes à formes insolites : centrale, punctiforme, étoilée, dendritique, fusiforme, vésiculaire, etc.

Pour les premières (pyr.) pas d'opération, ou une simple iridectomie; pour les zonulaires, si le diamètre de la tache opaque ne dépasse pas 5 à 5 1/2 millimètres, il ne faut pas opérer; sinon on peut faire une iridectomie, ou une sphinctérotomie, ou encore une iridectomie périphérique avec conservation du sphincter (dilatatorectomie); d'autres fois, on fera la discision jusqu'à l'âge de 8 ou 10 ans, et plus tard l'extraction. Mêmes indications, lorsqu'il s'agit des cataractes nucléaires, centrales. Dans les cataractes totales, on fera la discision ou l'aspiration, mais le plus tôt possible, pour permettre à la rétine de fonctionner. Dans les formes insolites, la vision étant absolument suffisante, on s'abstiendra d'intervenir.

ROHMER.

Ein seltener Fall von Netzhautablösung, par DAHRENSTADT (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., mars* 1892).

Un enfant de 12 ans tombe sur la face sans pouvoir se garantir avec ses mains, et se fait un décollement rétinien circulaire situé au centre de la rétine. La paroi interne du bord décollé s'enfonce à peu près directement dans le vitreum. La hauteur du pli est d'environ 3 millimètres du côté temporal, pour aller à 1 1/3 millimètre du côté nasal. La paroi externe diminue peu à peu de hauteur et s'arrête vers l'équateur. Les milieux sont transparents; pas d'inflammation.

L'auteur attribue cette forme de décollement à un aplatissement subit du globe.

ROHMER.

Du glaucome hémorragique, par de BOURGON (*Thèse de Paris*, 1892).

Le glaucome hémorragique est caractérisé par une poussée glaucomateuse secondaire à une période de rétinite hémorragique, très rare, il est lié, le plus souvent, à une maladie du système circulatoire. Il peut se compliquer d'un décollement rétinien, d'un staphylome sclérotical ou cornéen, mais surtout d'hémorragies intra-vitréennes.

Comme traitement : *a*) dans la période hémorragique, il faut soigner l'état général et décongestionner le globe oculaire ; *b*) dans le glaucome confirmé, le traitement devra être, au début, médical (myotique, chaleur humide, injections d'ergotine à la tempe). Si les phénomènes aigus ne cèdent pas, on recourra à la sclérotomie. L'iridectomie doit être rigoureusement proscrite. Si la tension intra-oculaire et les douleurs ne diminuent pas, il faudra recourir à l'énucléation.

ROHMER.

Beitrag zur differentiel Diagnose der tuberculösen und gliomatösen Erkrankungen des Auges (Contribution à l'étude du diagnostic différentiel entre les affections gliomateuses et tuberculeuses de l'œil), par JUNG (*Arch. f. Ophth. XXXVII*, 4).

L'œil de chat amaurotique peut être produit par les suppurations du corps

vitré, l'iridochoroïdite suppurée, la cyclite simple et le gliome de la rétine. Le plus souvent, c'est la tuberculose chronique de la choroïde qui fait diagnostiquer un gliome, mais dans un cas de l'auteur, l'erreur inverse a été faite. Les gaines du nerf optique épaissies contenaient des tubercules miliaires avec des cellules géantes, la choroïde elle-même était infiltrée de tubercules conglomérés.

Ailleurs une iridectomie faite pour une soi-disant iritis tuberculeuse avec hypopion, permit de diagnostiquer, au bout de quelques jours, un gliome de la rétine. La collection de la chambre antérieure prise pour un hypopion, était formée par des cellules gliomateuses libres qui avaient probablement passé par la pupille. L'examen anatomique seul, en pareil cas, peut permettre d'affirmer le diagnostic. Dans tous les cas, la combinaison de la tuberculose avec le gliome peut être exclue à cause de son extrême rareté. ROHMER.

De la conservation du globe de l'œil dans l'extirpation des tumeurs du nerf optique, par **LAGRANGE** (6e *Congrès chir. et Gaz. des hôp.*, 21 *avril* 1892).

Cette communication ne vise que les tumeurs malignes primitives, c'est-à-dire les différentes variétés de sarcome de l'œil. Ce dernier étant ordinairement intact, on peut appliquer le procédé suivant : débridement de l'angle externe, incision demi-circulaire externe de la conjonctive bulbaire, désinsertion du droit externe, maintenu par un fil. Ensuite, la tumeur étant libérée avec le doigt ou une sonde cannelée, on place un fil sur le nerf près du trou optique, on tire dessus et on sectionne le nerf au ras du trou. On fait alors basculer le globe en bas et en dedans, ce qui permet de sectionner facilement la tumeur en avant au ras de l'œil; puis ce dernier est remis en place. Il s'atrophie, donne un bon point d'appui à la prothèse et conserve des mouvements à l'œil artificiel. OZENNE.

Pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Zündhütchenverletzungen des menschlichen Auges (Recherches anatomo-pathologiques sur les traumatismes de l'œil humain dus à des fragments de capsule), par **KOSTENITSCH** (*Archiv f. Ophth.* XXXVII, 4).

Leber avait constaté sur des yeux de lapin que les débris métalliques stérilisés provoquaient une rétraction du corps vitré, avec décollement et atrophie consécutive de la rétine.

Kostenitsch a examiné 20 yeux humains énucléés à la suite de traumatismes produits par des fragments de capsules, et une fois seulement il a trouvé des micro-organismes. Toujours il s'était formé une suppuration limitée surtout autour du corps étranger, mais envahissant néanmoins la choroïde, le corps ciliaire et l'iris. Au bout d'un certain temps l'exsudat produit autour du corps étranger s'enkyste par une membrane fibreuse. Puis le corps vitré se rétracte, le cuivre produisant, par une action chimique des filaments de fibrine, là surtout où existe la plus forte suppuration; sa rétraction produit le décollement de la rétine. La cavité sous-rétinienne se remplit du liquide qui remplace les parties rétractées du corps vitré. La rétine s'atrophie.

Si l'extraction prompte du fragment de capsule ne peut pas empêcher

le décollement rétinien, au moins elle permet de conserver une acuité visuelle suffisante. ROHMER.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES

Le nez chez les idiots, lésions pathologiques, par L. REVILLET (*Cong. de méd. mentale*, *Lyon*, *août* 1891).

Chez l'idiot, la déviation de la cloison à gauche, poussée jusqu'à la difformité, s'observe dans plus de la moitié des cas.

La déviation s'accompagne presque toujours de la surélévation de la voûte, qui présente alors la forme ogivale.

Les fosses nasales sont presque constamment le siège d'un catarrhe chronique; il y a souvent hypertrophie de la muqueuse de la cloison et des cornets, qui est une conséquence du rétrécissement engendré par la déviation de la cloison. A. C.

The pathology and diagnosis of necrosing ethmoiditis, par Ed. WOAKES (*Brit. med. J.*, *p.* 546, 12 *mars* 1892).

La portion moyenne de l'ethmoïde est sujette à une maladie inflammatoire dont les stades sont les suivants :

1° Épaisissement du périoste et du tissu muqueux. La sclérose suit les vaisseaux et pénètre à leur suite dans le tissu spongieux de l'os ;

2° Production de végétations myxomateuses qui dégénèrent en véritables polypes : atrophie correspondante de l'os par compression;

3° Production de lacunes et de kystes muqueux dans l'ethmoïde, avec exfoliation parcellaire de l'os, nécrose partielle ou générale.

L'exploration de cette partie du nez est difficile et demande un bon éclairage. A la première période de la maladie, la muqueuse sus-ethmoïdale se présente avec l'aspect épaissi : elle déborde la région supérieure des fosses nasales et resemble à un noyau de datte qui repousse la cloison médiane.

Un grand nombre de cas de déviations de la cloison proviennent de là, et on peut s'en apercevoir à la déformation et au gonflement unilatéral de la racine du nez.

La seconde période se traduit par la présence de granulations sur la muqueuse, plus fermes, plus rouges et plus dures que les vrais polypes. Ceux-ci se produisent ultérieurement, et ont l'aspect blanchâtre, reposant sur une large base et mobiles sous l'influence de la sonde.

On peut juger dès cette période des modifications qui se produisent dans l'os lui-même. On y découvre, entre les granulations fibreuses et les productions polypiformes, des lacunes et des kystes à sécrétion mucopurulente. Finalement, on constate avec la sonde la nécrose de l'os qui siège d'ordinaire vers la paroi externe des fosses nasales.

Toutes ces lésions ont été isolément signalées, mais sans qu'on sût voir le lien pathogénique qui les rattache les unes aux autres. H. R.

Fibroma pendulum septi Narium, par SUCHANNEK (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Ærzte*, n° 7, p. 215, 1er *avril* 1892).

Étudiant, âgé de 28 ans, ayant reçu, il y a 6 ans, sur le nez un violent coup suivi d'une forte hémorragie et d'un gonflement considérable après la disparition duquel le dos du nez resta dévié. 4 ans plus tard, il fut pris chaque jour, par la narine droite, d'épistaxis répétées qui résistèrent à tous les traitements pendant un mois.

Déviation sigmoïde de la cloison sur laquelle, au niveau de son tiers antérieur, en face de l'extrémité antérieure du cornet inférieur, est implantée une tumeur, grosse comme un noyau de cerise, suspendue à un mince pédicule, très mobile et recouverte de croûtes sanguinolentes. Ablation sans incidents avec l'anse galvanique.

Cette tumeur offrait la structure d'un fibrome très vasculaire ; le pédicule était formé presque exclusivement de vaisseaux. La surface de la tumeur était revêtue d'épithélium pavimenteux ne faisant défaut qu'en un point, où se voyait un petit vaisseau, source des hémorragies. Il n'y avait trace d'épithélium cylindrique qu'au niveau de la base de la tumeur, qui se trouvait moins exposée aux violences. J. B.

Sur les résultats du traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore, par O. CHIARI (*Ann. mal. de l'or.*, *juin* 1892).

Conclusions tirées de l'étude de 28 cas :

1° Dans des cas très rares d'empyème causé par une périostite de la racine, le malade peut être guéri par l'extraction de la racine ;

2° De fréquentes irrigations nasales peuvent amener une amélioration notable, rarement la guérison, à moins de suppurations récentes, comme dans la périostite de la racine ;

3° Les injections par l'ouverture nasale du sinus n'ont réussi que dans un cas. Les injections par le méat inférieur sont difficiles à exécuter par le malade;

4° Les insufflations d'iodoforme ne donnent pas de résultats certains ;

5° La méthode la meilleure est le tamponnement de la cavité du sinus avec la gaze iodoformée ; il faut que l'ouverture alvéolaire ait 4 à 6 millimètres de largeur.

L'ouverture par la fosse canine doit être réservée au cas de refus de sacrifier une dent ou quand on veut entreprendre un raclage de la cavité. A. CARTAZ.

Ueber acute infectiœse Phlegmone des Pharynx, par DUBLER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Ærzte*, n° 3, p. 79, 1er *février* 1892).

Dubler a eu l'occasion de pratiquer l'examen bactériologique de deux cas de l'affection décrite par Senator (*R. S. M.*, XXXII, 279), sous le nom de phlegmon aigu et infectieux du pharynx. Il s'agissait de deux malades atteints de catarrhe pulmonaire et qui succombèrent en peu de jours à leur pharyngite phlegmoneuse.

Il existait à l'autopsie une infiltration purulente, diffuse, de la muqueuse et du tissu sous-muqueux du pharynx, du voile du palais et du larynx ;

dans l'un des cas, l'infiltration purulente s'étendait aussi au tissu cellulaire du cou, dans l'autre à la langue. Du pus du pharynx et du sang de la rate, Dubler a] pu cultiver un streptocoque identique au streptocoque érysipélateux ou pyogène.

Les micro-organismes producteurs de phlegmon infectieux du pharynx sont donc les mêmes que ceux qui amènent l'érysipèle primitif du pharynx et du larynx. Il est impossible d'établir une démarcation nette entre ce phlegmon idiopathique infectieux et les phlegmons métastatiques ou traumatiques de la même région. L'affection de Senator ressemble en outre beaucoup à l'angine de Ludwig, et du reste, Grohé a donné ce dernier nom à la forme diffuse des phlegmons spontanés du pharynx. J. B.

L'insuffisance vélo-palatine, par M. LERMOYEZ (*Ann. mal. de l'or.*, *mars* 1892).

L'auteur réserve cette dénomination à une anomalie congénitale, par arrêt de développement qui fait que le voile, d'apparence normale, intact et mobile, ne peut affleurer la paroi postérieure du pharynx ; le voile est normal, mais l'arrêt de développement porte sur la voûte osseuse. L'affection doit passer souvent inaperçue, et être confondue, dans un examen sommaire, avec la paralysie du voile. Signalée par Roux, Demarquay, elle a été surtout étudiée par Trélat, au point de vue spécial des résultats phonétiques de l'uranoplastie. Si l'on examine des sujets porteurs de cette anomalie, on constate tous les troubles phonétiques dus à l'insuffisance d'occlusion du cavum pharyngé, rhinolalie ouverte ; le nasillement, le trouble de la parole est à peu près le seul symptôme. Il est rare d'observer des troubles de la déglutition ; l'habitude a probablement corrigé la défectuosité.

Les signes objectifs sont la brièveté anormale de la voûte osseuse, par comparaison avec la normale (moyenne des examens de Lermoyez, hommes, 62, 3 ; femmes, 60,4) et de plus, au lieu du bord lisse et transversal qui termine la voûte, une échancrure triangulaire profonde de 5 à 15 millimètres, et qui n'a manqué dans aucun des cas observés. La muqueuse est intacte et le voile du palais ne présente aucune altération, ni de structure ni de dimensions. La luette est toujours bifide; enfin, l'espace naso-pharyngien est agrandi proportionnellement à la diminution de longueur de la voûte palatine. Comme déformations concomitantes, à signaler parfois la brièveté de la lèvre, la conformation vicieuse du maxillaire, les formes ogivales de la voûte et les déviations nasales qui en sont la conséquence.

Cette lésion est congénitale, le nasillement date du plus jeune âge, il est plus ou moins corrigé par l'éducation. Comme étiologie, on trouve nettement établie l'hérédité. Cette malformation n'est justiciable d'aucun traitement en dehors d'un traitement orthophonique, dirigé contre les vices de prononciation. Une observation personnelle et 11 observations empruntées à divers auteurs complètent cet intéressant travail.

A. CARTAZ.

De l'urano-staphyloraphie chez les enfants du premier âge, par X. DELORE (*Lyon méd.*, 22 *mai* 1892).

D. montre par deux opérations suivies de succès complet, au point de vue esthétique et fonctionnel (enfants de 5 mois et de 4 ans et demi) que

l'on ne doit pas ériger en règle absolue la remise de l'opération à l'âge de 7 à 10 ans. Il trouve, en opérant dès le premier âge, les avantages d'une anesthésie facile, de tissus plus faciles à décoller, plus vivaces, d'hémorragies moins graves, et enfin de faciliter dans une plus large mesure l'éducation de la parole et la perfection de la phonétique. Des conditions pathologiques ou de résistance médiocre feront nécessairement reculer l'époque d'intervention. A. CARTAZ.

A propos de l'opération des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par Louis ROUSSEAUX (*Rev. de laryng.*, 15 *juin* 1891).

R. opère les tumeurs adénoïdes au moyen du galvano-cautère. Il se sert de différents modèles de cautères formant une sorte d'anneau comparable à la curette de Gottstein. Les avantages qu'il trouve à ce procédé sont : l'absence d'hémorragie, l'absence de toute complication, la plaie étant en quelque sorte fermée par l'eschare. A. CARTAZ.

Carcinom der Uvula, par KATZENSTEIN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 9, *p.* 201, 29 *février* 1892).

Homme de 69 ans, ayant remarqué depuis deux mois, au niveau de l'angle maxillaire gauche, une tumeur qui a fait des progrès rapides dans la dernière quinzaine. Jamais aucune douleur, ni gêne de la mastication ni de la déglutition; seulement une légère sensation de râclement et de sécheresse dans la gorge.

La luette est transformée en une tumeur lardacée, de la grosseur d'une noix, rongée à la surface; la base de la luette est intacte ainsi que le reste du pharynx et le larynx.

De l'angle gauche de la mâchoire jusqu'au niveau des insertions du sterno-cleido-mastoïdien, on sent un gros paquet ganglionnaire, gros comme une petite pomme, de dureté ligneuse, assez mobile ainsi que la peau sus-jacente. Gonflement des ganglions de la région sous-maxillaire droite.

Ablation de la luette dégénérée. Le microscope révèle un cancroïde.

J. B.

Les amygdales normales et pathologiques, par Harrison ALLEN (*Americ. J. of the med. sc.*, *p.* 1, *janvier* 1892).

L'amygdale est formée d'un groupe de diverticules développés aux dépens de l'épithélium de la muqueuse dans les parois de laquelle sont groupés des glandes mucipares et des follicules lymphatiques. Les variétés de groupement de ces follicules et des diverticules entraînent la multiplicité des formes de l'amygdale vraie, de l'amygdale linguale et pharyngienne. Les amygdales, dans la plupart des cas, se montrent à l'ouverture de la bouche; mais chez certains individus elles se dissimulent entre les piliers.

Il est très commun de trouver la partie inférieure de l'amygdale entourée d'une large poche, ou crypte, au-dessus de laquelle se rencontre un tissu épais, résistant, formant le voile amygdalien.

Pour l'étude clinique de la région il faut prendre comme guide le plus sûr la forme même de l'amygdale ; le traitement sera basé sur la structure; celle-ci présente la tendance à la régression, comme toute la muqueuse du pharynx; aussi, pour obtenir son retour à l'état normal doit-on

se borner à agir sur les canaux ou trajets fistuleux qui peuvent s'être formés accidentellement ; les tonsilles fermées doivent être ouvertes. Les excisions d'amygdales hypertrophiées doivent être dirigées suivant un plan en rapport avec celui de la région. F. VERCHÈRE.

Du laryngospasme unilatéral intermittent, par GAREL et J. COLLET (*Ann. mal. de l'oreille, juillet* 1892).

Relation de 6 cas de laryngite catarrhale simple chez des sujets d'âge et de conditions variables, avec spasme laryngé unilatéral variant d'un moment à l'autre et même d'un moment de l'examen à un autre. Tous les sujets étaient de tempérament nerveux. Une des cordes vocales (5 fois sur 6 la droite), avait l'aspect d'une paralysie du crico-aryténoïdien postérieur. Quelques minutes ou quelques heures plus tard le larynx avait son aspect normal ; tout au moins les signes de paralysie étaient beaucoup moins prononcés.

Garel croit à un spasme réflexe des adducteurs suite de la laryngite chez des sujets prédisposés par leur état nerveux. A. CARTAZ.

Acute Laryngitis in Folge von Ætzung durch Quecksilberjodid, par KANASUGI (*Berlin. klin. Wochens., n°* 36, *p.* 888, 7 *septembre* 1891).

On connaît les inflammations conjonctivales provoquées par la poudre de calomel employée concurremment avec l'administration d'iodure de potassium à l'intérieur (*R. S. M.*, XV, 646 et XXXV, 487). Kanasugi publie le pendant de ces accidents dans le larynx.

Homme de 32 ans, syphilitique, atteint de dysphagie et de raucité avec plaques muqueuses des amygdales et laryngite spécifique.

Depuis 10 jours, il prenait quotidiennement 1gr5 d'iodure de potassium lorsqu'on commença des insufflations de calomel dans le larynx. Dès la nuit suivante, accès de suffocation et douleurs intenses pendant la respiration et la parole. Un peu d'œdème de la muqueuse de l'épiglotte et des cartilages aryténoïdes. La muqueuse laryngée est blanchâtre comme après une cautérisation au nitrate d'argent. Le traitement spécifique ayant été immédiatement suspendu, tous les accidents avaient disparu le lendemain. J. B.

Papillomes confluents et récidivants chez une fillette de 6 ans. Trachéotomie. Tentatives d'opérations endolaryngées. Deux thyrotomies. Guérison, par PÉRIER (*Bull. Acad. de méd.*, 15 *mars* 1892).

Fillette de 6 ans, ayant eu, à l'âge de 2 ans, une coqueluche suivie d'un enrouement persistant, puis, il y a un an, une rougeole et de la bronchite avec aphonie et dyspnée graduelle, qui nécessite une trachéotomie.

L'exploration du larynx obstrué ne pouvant avoir lieu, on pratique une première thyrotomie, qui permet d'enlever de nombreux papillomes situés sur les cordes vocales et au-dessous de la glotte.

Malgré une cautérisation au fer rouge des points d'implantation de ces tumeurs, celles-ci se reproduisirent très rapidement et une seconde opération semblable dut être faite quelques mois plus tard. Dans la suite, après plusieurs séances d'attouchements de la cavité laryngienne avec du salol et du naphtol camphré, la canule put être retirée; actuellement cette fillette respire, parle bien et même peut chanter. OZENNE.

Ueber die Beziehungen zwischen Pachydermia Laryngis und Tuberculose, par P. MICHELSON (*Berlin. klin. Wochens.*, *n*° 7, *p.* 133, 15 *février* 1892).

Dans ce travail, Michelson montre qu'il existe des rapports entre la pachydermie et la tuberculose laryngées. L'une et l'autre affections peuvent déterminer des lésions de la muqueuse se ressemblant beaucoup, à la fois par leur siège et leurs caractères cliniques et macroscopiques. D'autre part, la pachydermie laryngée simple peut s'observer chez des tuberculeux. Enfin, dans les mêmes régions, qui sont les sièges de prédilection de la pachydermie simple diffuse, on peut observer une infiltration ou une ulcération tuberculeuses, entourée de bourrelets pachydermiques.

Krieg (*Med. Corr.-Bl. d. Würtemb. ærztl. Landsvereins*, LX) avait rencontré 3 phtisiques sur les 17 cas de pachydermie laryngée qu'il avait vus; mais il ne croyait qu'à une complication purement accidentelle. Michelson a compté 2 tuberculeux parmi les 18 cas de pachydermie du larynx qu'il a observés. Il a fait publier par H. Kersting (*Die Pachydermia Laryngis*, *Thèse inaug. Kœnigsberg*, 1891) la première observation de pachydermie laryngée simple signalée chez une femme (*R. S. M.*, XXXIX, 717).

J. B.

Stricture of the larynx, par J. SOLIS-COHEN (*Clin. lect. at Jefferson med. college*, *Philadelphie*, 1892).

Enfant de 13 ans. A l'âge de 5 ans, diphtérie suivie de productions papillomateuses dans le larynx. Trachéotomie *in extremis* par Davis. Puis, laryngotomie, ablation des tumeurs. Deux ans plus tard, récidive des papillomes, nouvelle laryngotomie par l'auteur, nettoyage du larynx. Quelques semaines plus tard, 3e laryngotomie, puis ouverture de la trachée au-dessous de la canule pour enlever quelques tumeurs sur ce point. Ces diverses opérations et ces récidives de tumeurs ont amené un rétrécissement prononcé du larynx, nécessitant l'ouverture de la trachée. On tenta le tubage sans succès ; les tentatives faites pour enlever la canule durent être abandonnées.

Solis-Cohen étudie, à propos de ce cas, les différents procédés de dilatation laryngée, les soins qui doivent être donnés aux canules à trachéotomie ; il rejette les canules fenêtrées.

A. CARTAZ.

I. — Ueber Kehlkopffracturen, par SCHEIER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n*° 17, *p.* 416, 25 *avril* 1892).

II. — Même sujet, par SCHUELLER (*Ibidem*, *p.* 417).

I. — Un homme de 28 ans, en ferrant un cheval, reçoit un coup de pied au menton. Hémorragie profuse à la fois par les narines , la bouche et l'oreille gauche ; pouls à peine perceptible ; état de semi-inconscience. Fort épanchement sanguin au niveau de l'œil gauche.

On diagnostique une fracture de la base du crâne par pénétration du condyle maxillaire dans le temporal gauche. Le lendemain, dyspnée considérable due à des fractures multiples des cartilages thyroïde et cricoïde, crépitation manifeste. Trachéotomie immédiate. Introduction dans le larynx de gaze iodoformée pour réduire les fragments déplacés. Guérison des fractures au bout de 4 semaines avec surdité gauche absolue. La lame droite du thyroïde est plus élevée et plus en avant que la gauche, qui est enfoncée en dedans. Les cordes vocales supérieures sont remplacées par 2 bourrelets

épais oblitérant le passage au point de ne laisser entre eux et la paroi postérieure du larynx qu'une fente lenticulaire. Pas trace de cordes vocales inférieures. Cartilages aryténoïdes immobiles pendant la respiration.

Respiration libre grâce à la canule trachéale. Cathétérisme du rétrécissement laryngé avec les bougies de Dupuis introduites tous les 2 jours et laissées en place un quart d'heure. Au bout de 3 mois de ce traitement, le malade était en état de respirer quelque temps, sa canule fermée.

Durant les deux mois suivants, tubage du larynx, à la suite duquel le malade peut se passer de canule; la fente du rétrécissement a beaucoup augmenté de dimension et est devenue triangulaire. L'aryténoïde droit est redevenu mobile; durant la phonation, il dépasse la ligne médiane.

Voix rauque, mais intelligible.

En comptant les 43 faits de la statistique de Gurlt, Scheier a trouvé 90 cas de fractures du larynx, publiés jusqu'à la fin de 1890.

Le pronostic en est très sérieux. Albert évalue la mortalité à 80 0/0. Lorsque la fracture portait à la fois sur le cricoïde et le thyroïde, il y a toujours eu une issue fatale, sauf dans 3 cas : ceux de Treulich (*R. S. M.*, IX, 703), de Sokolowski (*R. S. M.*, XXXV, 712) et de l'auteur.

Dans toute fracture du larynx, alors même qu'il n'y a pas tout d'abord de troubles respiratoires, on doit faire immédiatement la trachéotomie. Avec une pince courbe introduite par la plaie trachéale, on redresse les fragments et on introduit de la gaze iodoformée.

Dans la plupart des cas, la guérison s'accompagne d'une oblitération permanente du larynx. D'après Gurlt, les tentatives ultérieures pour dilater le rétrécissement sont infructueuses. Cependant Scheier estime que lorsqu'on pourra commencer de bonne heure le cathétérisme, on aura de meilleurs résultats; dans le cas présent, la dilatation a été commencée 4 semaines après l'accident, c'est-à-dire à une époque où les phénomènes inflammatoires étaient terminés, tandis que les cicatrices des cartilages étaient encore souples. Lorsque les cathétérismes sont inefficaces, il n'y a d'autre ressource que de refaire la trachéotomie pour pouvoir pratiquer la laryngotomie, fendre le tissu cicatriciel, exciser les portions de cartilages saillantes et introduire une bougie d'étain de Schrœtter. — Lorsque le déplacement des fragments est considérable, Wagner a proposé de faire, immédiatement après l'accident, la laryngotomie et de réduire les fragments ou, si l'on n'y parvient pas, de les reséquer et de bourrer toute la cavité du larynx avec de la gaze iodoformée.

II. — Schüller a observé également un cas de fracture du larynx chez un homme de 50 ans qui venait de se battre. La fracture était limitée au thyroïde et suivait assez exactement la ligne médiane; elle était reconnaissable extérieurement par le palper. L'examen laryngoscopique révéla que, du côté droit, les cordes vocales fausse et vraie, ainsi que la muqueuse laryngée sous-jacente, étaient déchirées et flottantes dans la glotte, occasionnant une dyspnée extrême. Schüller fit coup sur coup trachéotomie et laryngotomie. Toute la muqueuse du côté droit était déchirée et, au-dessous d'elle, se trouvait un gros caillot, qu'il enleva; puis il remplit le larynx avec un tampon d'ouate phéniquée enveloppé dans de la gaze; ce tampon fut changé plusieurs fois les premiers jours, ensuite retiré. Au bout de 10 jours, on retira aussi la canule trachéale. Le 17e jour, l'opéré sortait guéri, la voix à peine enrouée; Schüller a eu de ses nouvelles pendant 5 ans.

Quant au traitement des fractures du larynx, Schüller est générale-

ment partisan de la laryngotomie immédiate, parce que c'est l'opération qui prévient le mieux les rétrécissements. (*R. S. M.*, XXI, 716; XXIII, 746; XXXVIII, 311 et XXXIX, 302.) J. B.

Intubation for stenosis in tubercular laryngitis, par HOPKINS (*N. York med. Journ.*, *p.* 234, 27 *février* 1892).

Le tubage du larynx n'a été pratiqué, chez les tuberculeux, que par Massei, Dillon Brown et Cox. L'auteur pense qu'il faut toujours le préférer à la trachéotomie et fournit un cas à l'appui de cette proposition.

Femme de 39 ans, chez qui la tuberculose laryngée a été diagnostiquée en 1886; elle se marie en 1887; il n'y a rien dans les poumons à cette époque. En juillet 1890 elle se présente avec des signes pulmonaires certains; il y a une caverne au sommet gauche. En décembre, accès de suffocation nocturne à plusieurs reprises; dyspnée habituelle. Ces manifestations s'aggravent à tel point que le trachéotomie paraît inévitable.

Pour soulager la patiente, l'auteur pratique le tubage du larynx, le 30 janvier 1891. Il éprouve une grande résistance, mais la malade respire plus aisément depuis l'introduction du tube; celui-ci est expulsé pendant une quinte de toux. Après 24 heures de souffrances vives, l'amélioration se manifeste; on reconnaît, au bout de quelques jours, que le tube a élargi la glotte et déterminé une perte de substance au niveau de la commissure postérieure. A partir de ce moment la malade reprend ses forces. Son état général s'améliore. L. GALLIARD.

Tracheotomie und Intubation bei der Behandlung der diphtherischen Larynxstenose, par Carl SCHLATTER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Ærzte*, *n°* 5, *p.* 129, *et n°* 6, *p.* 161, 1er *et* 15 *mars* 1892).

Statistique des croups traités par Krœnlein à la clinique chirurgicale de Zurich, pendant la période décennale 1881-1891. Ils sont au nombre de 510, dont 281 pour le sexe masculin, et ont fourni 260 décès, soit une mortalité de 51 0/0, plus faible pour le sexe masculin (133 soit 47 0/0) que pour le sexe féminin (127 soit 55 0/0).

Des 510 malades, 408 ont dû être trachéotomisés, soit 3 sur 4. Il est remarquable que Lüning (*R. S. M.*, XXII, 161) avait déjà indiqué pour la période de 1868 à 1881 la même proportion de 20 0/0 d'enfants non opérés, qui est aussi celle que Schlatter donne pour la période décennale suivante; mais les variations d'une année à l'autre sont très considérables. La mortalité des enfants non trachéotomisés dépasse un peu 10 0/0.

Les 408 trachéotomisés ont fourni 249 morts, soit 39 0/0 de guérisons.

Tubage du larynx. — Krœnlein le pratiqua pour la première fois dans le cas suivant : Garçon de 4 ans 1/2, trachéotomisé pour croup le 12 décembre 1889; le 8 janvier seulement, on peut enlever la canule. Dès le 18, gêne respiratoire, le 27 nouvelle trachéotomie : à part la déviation cicatricielle de la trachée à gauche, rien qui explique les accidents. Ablation de la canule le 2 février; 3 jours plus tard l'oppression commence à reparaître la nuit, et le 16 on pratique la troisième trachéotomie : avec la curette tranchante, on enlève à l'angle supérieur de la plaie quelques bourgeons charnus. L'enfant ne pouvant respirer sans canule,

le 20 avril on lui fait le tubage du larynx, et 10 jours plus tard on peut retirer le tube sans inconvénient.

En dehors des cas où le tubage du larynx a été effectué à titre de traitement secondaire après la trachéotomie, il a été pratiqué à la clinique de Krœnlein 34 fois pour croup. Des 34 enfants tubés, 19, soit 56 0/0 ont succombé ; sur les 10 qui ont ensuite dû être trachéotomisés, 9 sont morts ; Schlatter relate un cas de mort chez un enfant de 15 mois par obstruction trachéale due à une fausse membrane décollée et refoulée par le tube. Jamais les autopsies n'ont révélé quelque marque d'eschare de la trachée.

Schlatter conclut : La souveraine méthode de traitement du croup est et restera toujours la trachéotomie. Dans les cas appropriés, le tubage du larynx conduit peut-être plus rapidement et plus facilement au but. Mais ces cas doivent être soigneusement choisis, et le cercle d'indications du tubage doit être très restreint, afin que cette opération ne soit pas plus nuisible qu'utile. Les cas favorables pour le tubage sont ceux où la diphtérie est à peu près limitée au larynx, c'est-à-dire à une région accessible au tube. On renoncera au tubage, s'il subsiste de la dyspnée, si l'affection progresse par en bas, ou s'il survient de la gêne pour alimenter le malade. Il est des cas qui contre-indiquent le tubage et ne sont justiciables que de la trachéotomie, tels sont : l'œdème de la glotte, les fausses membranes siégeant dans les parties inférieures des voies aériennes. Le tubage procure de brillants succès dans les rétrécissements chroniques de la trachée, surtout dans ceux occasionnés, à la suite de la trachéotomie, par des bourgeons charnus.

La conséquence de ces indications restreintes, c'est qu'on réserve pour le tubage les cas dont le pronostic est le moins fâcheux. Il n'est donc pas possible d'établir une statistique comparée brute entre les résultats de la trachéotomie et ceux du tubage du larynx. J. B.

Ueber Blutungen nach Tracheotomie bei Diphteritis (Des hémorragies consécutives à la trachéotomie pour diphtérie) par FOLTANECK (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, XXXIII, p.* 241).

Les hémorragies sérieuses consécutives à la trachéotomie dans le croup sont extratrachéales ou intratrachéales. Elles peuvent être dues à l'ulcération produite par la pression de la canule, mais elles sont beaucoup plus fréquemment une complication de la plaie opératoire. L'ulcération progressive de la paroi avait intéressé dans cinq observations l'artère innominée, dans un cas une branche de la thyroïdienne inférieure et de la thyroïdienne supérieure, dans deux cas des branches de la thyroïdienne supérieure. Les veines thyroïdiennes ont été intéressées trois fois. L'envahissement de la paroi vasculaire par les bourgeons charnus sans ulcération amena dans un cas une hémorragie mortelle due à l'artère innominée. Dans un autre cas où l'artère intéressée était sans doute la thyroïdienne inférieure, l'enfant guérit.

Quatre cas d'hémorragie par ulcération canulaire intéressant l'artère innominée furent mortels. Trois autres cas sans lésions artérielles déterminées furent suivies de guérison. A.-F. PLICQUE.

Deux cas d'otite moyenne purulente contenant le bacille pyocyanique à l'état de pureté, par MARTHA (*Arch. de méd. exp. IV*, 1).

Le premier malade est un homme de 27 ans atteint d'otorrhée droite depuis quatre mois ; l'autre est un enfant de 13 ans, dont l'otite remonte à trois mois. Le premier sujet était d'ailleurs tuberculeux. L'examen bactériologique a montré le bacille pyocyanique pur; la recherche du bacille tuberculeux a été négative. Les propriétés chimiques et l'action pathogène du bacille ont été contrôlées ; mais il n'a pas été possible de produire expérimentalement une otite pyocyanique chez les animaux.

GIRODE.

A successful case of ligature of internal jugular vein... (Otite mastoïdienne ; signes d'infection purulente conjurés par la ligature de la veine jugulaire interne et la trépanation du sinus latéral), **par H. CLUTTON** (*Brit. med. J.*, *p.* 807, 16 *avril* 1892),

Garçon de 10 ans, atteint au mois de mai, d'influenza avec otite droite. L'écoulement persiste quelques mois, en diminuant progressivement : en novembre, il cesse complètement, mais à cette date se montre une céphalée atroce, de la fièvre et des frissons. Cinq jours après, convulsions épileptiformes, suivies d'un frisson violent; apparition d'un gonflement du cou, à l'angle de la mâchoire du côté droit. On diagnostiqua une phlébite du sinus latéral et de l'infection purulente (pas de névrite optique ni de sensibilité de la région mastoïdienne).

Opération. La veine jugulaire interne est mise à nu profondément; elle apparaît vide de sang, avec des parois épaissies comme celles d'une artère. On y pose deux ligatures et on sectionne la veine entre les deux. L'enfant étant très fatigué, on remet au lendemain la suite de l'opération.

Pendant deux jours, fièvre forte, mais sans frissons et sans tendance au collapsus. Le troisième jour, trépanation du sinus latéral, qui est trouvé rempli de caillots puriformes fétides. Lavages antiseptiques directs par l'ouverture du trépan et par le bout supérieur de la veine jugulaire laissé dans la plaie de cou. Entre temps, on incise un abcès du bras qui s'était spontanément produit; guérison, malgré cette complication d'abcès métastatique. L'auteur fait remarquer qu'heureusement le poumon était resté sain. H. R.

Aural pyæmia successfully treated by removing putrid trombus of jugular vein and lateral sinus, par Rushton PARKER (*Brit. med. J.*, *p.* 1076, 21 *mai* 1892).

Homme d'une quarantaine d'années : otite gauche depuis l'âge de 14 ans. Recrudescence et douleurs d'oreilles depuis huit jours, frissons ; vomissements, insomnie et fièvre; incertitude dans la marche et délire. Ecoulement fétide par l'oreille. Gonflement du cou dans la région de la jugulaire interne, mais pas de tuméfaction de la région mastoïdienne. On diagnostique une phlébite du sinus et de la jugulaire avec pyohémie. Deux jours après son entrée à l'hôpital, opération. Incision le long du trajet de la jugulaire, ligature de cette veine, qui est thrombosée et malade, puis ouverture, avec la gouge et le maillet, de la région mastoïdienne. On trouve le sinus latéral rempli de pus fétide. Excision partielle de la jugulaire, lavages au sublimé, drainage du sinus préalablement obturé à la gaze iodoformée.

Le lendemain, le malade paraissait guéri; mais trois jours plus tard, retour de la fièvre. On rouvre les cellules mastoïdiennes qui avaient été respectées et on y trouve un nouveau foyer septique. Cette fois la guérison fut définitive : on maintint la fistule mastoïdienne pendant trois mois. H. R.

Zwei Fälle von Operationen an der Vena jugularis und dem Sinus transversus wegen Pyæmi nach Mittelohr-Eiterung (2 cas d'excision de la veine jugulaire thrombosée et d'ouverture du sinus transverse suivie de lavages pour infection purulente consécutive à une otite moyenne ; une guérison), par Rushton PARKER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 10, *p.* 214, 7 *mars* 1892).

1er *cas.* Homme de 25 ans ayant, à l'âge de 14 ans, reçu un coup sur l'oreille gauche, suivi d'une perte de connaissance durant vingt minutes et d'une hémorragie.

Il fut traité deux mois à l'hôpital, mais jusqu'à la maladie actuelle, il n'a jamais eu d'otorrhée, et seulement parfois des obstructions du canal auditif à la suite de refroidissements. Le 10 août 1891, l'oreille gauche devient douloureuse ; du 14 au 19, frissons quotidiens, vomissements. A l'entrée, près de 41° et le lendemain matin 39° ; délire et obnubilation du sensorium ; écoulement fétide par l'oreille gauche, surdité presque complète. Gonflement et sensibilité au niveau de la partie supérieure de la veine jugulaire ; névrite optique double, plus avancée à droite. Durant les deux jours suivants, quatre frissons, augmentation de la tuméfaction du cou ; pas d'amélioration des autres symptômes, malgré des lavages de l'oreille au sublimé. Le 11e jour de la maladie, opération. Mise à découvert de la jugulaire interne qui, de la base du crâne jusqu'à sa jonction avec la veine faciale, était thrombosée, de même que cette dernière sur une courte étendue. Excision des portions thrombosées des deux veines après ligature au catgut. Trépanation de l'apophyse mastoïde ; mise à découvert du sinus transversal rempli d'un liquide sanieux, vert, fétide et contenant l'extrémité molle du thrombus qui obstruait la jugulaire; au centre, ce thrombus avait subi la fonte purulente. Grattage du sinus. La partie inférieure de la plaie fut suturée et guérit par première intention, la supérieure fut tamponnée avec de la gaze au cyanure de mercure. Dans le cours de la semaine suivante, il y eut encore de la fièvre, mais dès lors guérison rapide. La surdité diminua notablement et il y eut à la fin de novembre rétrocession de l'atrophie de la papille droite.

2e *cas.* Garçon de 7 ans pris brusquement d'une fièvre intense, le 10e jour d'une otorrhée purulente. Depuis deux ans, il avait un écoulement séreux par l'oreille et était sourd depuis six mois. Opération le 4 septembre 1891. Trépanation de l'apophyse mastoïde gauche. Le sinus transverse paraissait sain et ne fournit à la ponction que du sang liquide. La fièvre persistant, deux jours plus tard, Parker lie la jugulaire et ouvre le sinus latéral, qu'il trouva thrombosé.

Il gratte l'enduit purulent et lave au sublimé sinus et jugulaire. Pas de suppuration, mais affaiblissement du malade, qui meurt au bout de trois jours au milieu de phénomènes méningitiques, sans avoir eu ni perte de la connaissance, ni délire, ni convulsions, ni frissons. L'autopsie ne put être faite.

C'est A. Lane qui a indiqué cette opération qu'il exécuta pour la première fois en 1888 ; depuis lors, lui et Ballance l'ont refaite plusieurs fois. De leurs 7 opérés, 3 ont succombé. J. B.

Eine neue Untersuchungsmethode... (Diagnostic différentiel des lésions du labyrinthe et de l'oreille moyenne), par L. JAUKAU (*Deutsche med. Woch. n°* 10, *p.* 214, 1872).

Pour apprécier le degré d'atrophie des os du crâne, l'auteur s'est appliqué, au cours de recherches sur l'hémiatrophie faciale progressive, à les ausculter avec le stéthoscope, tandis qu'il les faisait vibrer à l'aide d'un diapason.

D'après le même principe, pour différencier les lésions de l'oreille interne et celles du labyrinthe, il place le diapason sur l'apophyse mastoïde de l'un et l'autre côté et ausculte simultanément ; il compare alors les résultats fournis par l'un et l'autre côté.

Quand c'est l'oreille moyenne qui est altérée, les vibrations sont plus fortes au côté où siège la lésion. S'il s'agit au contraire d'une maladie de l'oreille interne, les vibrations sont affaiblies au côté correspondant ; elles sont plus fortes au côté opposé, c'est-à-dire au côté sain.

Quand il existe des lésions bilatérales, on peut savoir, par ce procédé, si c'est à droite ou à gauche qu'elles ont acquis le plus de développement. L. GALLIARD.

Fracture de la paroi antérieure du conduit auditif et luxation en arrière du maxillaire inférieur par pénétration des condyles dans l'oreille, par AUNIS (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 *avril* 1892).

Homme de 36 ans; chute sur le menton, qui détermina une vive douleur dans les oreilles; abolition de l'ouïe. Actuellement rétropulsion du maxillaire inférieur, dont les molaires manquent.

Mouvements de l'os possibles.

Aplatissement d'avant en arrière des conduits auditifs. Affaiblissement très marqué de l'ouïe qui, cependant, se rétablit de jour en jour. OZENNE.

Ueber die Beziehungen der Microorganismen... (Du rôle des microorganismes dans les otites moyennes et leurs complications), par ZAUFAL (*Wien. med. Wochensch.*, *n°* 24, 1891).

Dans les otites moyennes aiguës (sans parler de celle due à la diphtérie) on a rencontré le pneumobacille de Friedländer, le diplococcus pneumoniæ, le streptococcus pyogenes, les staphylococcus pyogenes albus et aureus, les staphylococcus cereus, albus et tenuis, le bacillus tenuis, le micrococcus tetragenus et le bacillus pyocyaneus (une fois). Le plus fréquent dans les otites primitives est le diplococcus pneumoniæ; dans les formes secondaires, c'est le streptocoque. Du reste, les mircobes pathogènes sont souvent associés ; le plus abondant semble être le véritable agent de la maladie, les autres vivant à côté de lui en saprophytes et ne prenant un rôle pathogène qu'après sa disparition.

Cette liste des microorganismes de l'oreille est incomplète; mais la plupart des autres microbes signalés paraissent n'avoir été qu'accidentels et sans rôle pathogène. Cependant, il est des cas d'otite paraissant réellement infectieux et dans lesquels on n'a pu découvrir aucun microorganisme.

Chez le lapin, la caisse du tympan à l'état sain contient quelques germes qui paraissent venus du pharynx par la trompe d'Eustache. Il en est sans doute de même chez l'homme. La trompe est la voie que semblent suivre le plus souvent les agents infectieux pour arriver à l'oreille moyenne. LEFLAIVE.

REVUE GÉNÉRALE

LA COCAÏNE

Par A. DASTRE

(Bibliographie depuis 1890) :

1. Action de la cocaine sur la contractilité du protoplasma, par **P. Albertoni** (*Archives italiennes de biologie, XV, p.* 1, 1891, *et Annal. di Chimic. e di Farmacol., XII,* 6, *p.* 305). — **2.** Contraction et inertie de l'utérus. Action de la cocaïne, par **L. Acconci** (*Arch. ital. de biologie, XVI, p.* 208, 1891-1892, *et Giornale della R. Accad. di Torino, n*os 7 *et* 8, 1891). — **3.** Vorteile und Nachteile der Cocaïnbehandlung des Ohres, par **Baumgarten** (*Monatsbl. f. Ohrenheilk.*, 1890, *n°* 2). — **4.** Modifications de l'excitabilité corticale déterminées par la cocaïne, par **E. Belmondo** (*Lo Sperimentale, XLIV, août* 1891). — **5.** Emploi de la cocaïne en obstétrique, par **F. Bousquet** (*Semaine médicale, p.* 312, 1890). — **6.** Accidents locaux de la cocaïne, par **F. Bousquet** (*Bull. et mém. de la Société de chirurgie de Paris, XVI, p.* 297, 1890). — **7.** Empoisonnement mortel produit par l'injection d'une solution de chlorhydrate de cocaïne dans la tunique vaginale a la suite de la ponction d'une hydrocèle, par **P. Berger** (*Bulletins et mém. de la Société de chirurgie de Paris, XVII, p.* 751, 1891). — **8.** Les méthodes employées pour obtenir l'anesthésie chirurgicale au moyen de la cocaïne, par **P. Deleporte** (*Thèse de Paris, n°* 307, 1891). — **9.** Discussion sur l'anesthésie par la cocaïne, par **Berger, Reclus, Labbé, Quénu, Schwartz P. Regnier, Moty, Reclus, Championnière, Pozzi** (*Bulletins et mém. de la Société de chirurgie de Paris, XVII, p.* 761, 1891). — **10.** Ueber gegenwartigen Stand der Cocaïn-Analgesie, par **F. Dumont** (*Wiesbaden, in-8°*, 1890). — **11.** Ueber die Beziehungen des Cocaïns zum Atropin, par **A. Einhorn** (*Ber. d. Deutsch. Chem. Gesellsch., XXIII, p.* 1338). — **12.** Ueber Rechtscocaïn, par **Einhorn et A. Marquardt.** — Zur Kenntniss des Rechtcocaïn und der homologen Alkaloïde, par **les mêmes** (*Bericht. d. Deutsch. Chem. Gesellsch., XXIII, p.* 468 *et* 979). — **13.** Studien in der Cocaïnreihe, par **P. Ehrlich** (*Deutsch. med. Wochenschrift, n°* 32, *p.* 717, 1890). — **14.** Sur une réaction caractéristique de la cocaïne, par **A. J. Ferreira da Silva** (*Journal de pharmacie et de chimie, XII, p.* 345). — **15.** Action paralysante locale de la cocaïne sur les nerfs et les centres nerveux. Applications a la technique expérimentale, par **François-Frank** (*Archives de physiologie, p.* 562, 1892). — **16.** Nitrous oxyd, Cocaïne, and other anæsthetics, par **W. J. Fleming** (*Medico-Chirurg. Society of Glasgow. Discussion on anæsthetics, p.* 62, 1891). — **17.** Action du foie sur le chlorhydrate de cocaïne, par **E. Gley** (*C. rendus de la Soc. de biologie, 4 juillet*

1891). — **18.** Même sujet, par **Chouppe** (*C. rendus de la Soc. de biologie, 25 juillet* 1891). — **19.** Sur une forme prolongée de cocaïnisme aigu, par **H. Hallopeau** (*Bulletins de l'Académie de médecine*, 2 *décembre* 1890, *et Journal des connaissances médicales*, 1891). — **20.** Action de la cocaïne sur la sensibilité électrique de la langue, par **L. Hermann et Laserstein** (*Archiv für die gesammte Physiologie, XLIX*, 519, 1891). — **21.** Eine interessante Cocaïn-Intoxication, par **Th. Hüber** (*Deutsche Militärärtzl. Zeitsch.*, n° 4, 1890). — **22.** De l'anesthésie locale par injection de cocaïne et du bon effet de la bande d'Esmarch, par **E. Kummer** (*Genève* 1889 *et Société médicale de Genève*, 1890). — **23.** Ueber eine Nebenproduct der technischen Cocaïn Synthese, par **C. Liebermann et F. Giesel** (*Bericht. d. Deutsch. Chem. Gesellsch. XXIII, p.* 508 *et* 926). — **24.** Kritische und experimentelle Untersuchungen über die Iris Bewegungen ünd über den Einfluss von Giften auf dieselben, besonders des Cocaïns, par **V. Limbourg** (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, XXX, p.* 93, 1892). — **25.** Accidents dus a la cocaïne, par **Lorenz** (*Centralblatt für Gynæk.*, *n°* 51, 1891). — **26.** Cocaïne et cocaïnisme, par **Magitot** (*Bullet. de l'Acad. de médecine*, 12 *mai* 1891). — **27.** Ueber das Cocaïn und seine Gefahren in physiologischer, toxikologischer, und therapeutischer Beziehung, par **P. Mannheim** (*Zeitschr. f. klin. Medicin, XVIII, p.* 380). — **28.** Recherches sur les causes de la mort par la cocaïne, par **E. Maurel** (*Bulletin général de thérapeutique, n°* 10, *p.* 201, 1892). — **29.** Action physiologique de la cocaïne et critique expérimentale des travaux publiés sur son mécanisme d'action, par **Ugolino Mosso** (*Archives italiennes de biologie, t. XIV, fasc. III*, 1891). — **30.** Cocaïne a l'intérieur, par **Constantin Paul** (*Bull. de l'Acad. de médecine*, 12 *mai* 1891). — **31.** Nouveau procédé pour la recherche de la cocaïne, par **Patein** (*Soc. de thérapeutique*, 13 *mai* 1891. *Semaine médicale, p.* 203, 1891). — **32.** Beitræge zur Kenntniss des pharmakologischen Gruppe des Cocaïns, par **E. Poulsson** (*Archiv für experiment. Pathol. und Pharmak., XXVII, p.* 301). — **33.** A study of the action of cocaïn on the circulation, par **E. T. Reichert** (*The Americ. Lancet Detroit, n°* 5, *p.* 163, 1891). — **34.** Sur le cocaïnisme, par **Saury** (*Cong. de méd. mentale de Rouen*, 5-8 *août* 1890. *Semaine médicale, p.* 278, 1890). — **35.** Intoxications erscheinungen nach Einspritzung von Sol Cocaïn. Muriat in die Paukenhohle, par **Schwabach** (*Therapeut. Monatshefte, mars* 1890). — **36.** Ether et cocaïne, par **Schleich** (*Berlin. klin. Wochenschr., n°* 35, 1891). — **37.** A contribution to our knowledge of taste sensations, par **Shore** (*The Journal of physiology, XIII, p.* 206, 1892). — **38.** Resorcin in Verbindung mit Cocaïn bei Ohrenkrankeiten, par **V. Stein** (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde, n°* 3, 1890, *et Centralblatt für Medicin Wissensch., p.* 572, 1890). — **39.** Ein fall von Cocaïnvergiftung, par **Trzebicky** (*Wiener med. Wochenschrift, n°* 38, 1891). — **40.** Cocaïneseering van de... etc. (Cocaïnisation des fosses nasales et de leur arrière-cavité, par **Zwaardemaker** (*Centralblatt für medicinischen Wissenschaft, page* 230, 1890). **Biernacki** (*Archives de Physiologie, avril* 1891). — **Ch. Bohr** (*Skandin. Archiv für Physiol. III, p.* 101, 1891). — **Chaigneau** (*Thèse*, 1890). — **J. Gluck** (*Semaine médic.*, 1890, *CLIV*). — **A. Dastre**, *Les Anesthésiques*, 1890. — **Langlet et Dickinson** (*The Journal of Physiology, XI, p.* 509).

SOMMAIRE

CHAPITRE I. — Action générale de la cocaïne distribuée par le sang dans l'organisme.

CHAPITRE II. — Action locale de la cocaïne. — Anesthésie locale. — Emploi chirurgical.

Les nombreux travaux publiés depuis deux ans sur la cocaïne ont eu un triple résultat. D'abord, ils ont définitivement résolu le problème physiologique de la nature de l'action générale produite par cet agent. Tandis qu'en 1889, au moment de la publication de mon ouvrage sur les anesthésiques, on inclinait, avec les expérimentateurs Laborde, Laffont,

Arloing, Baldi, à considérer la cocaïne comme un curare sensitif, les travaux de U. Mosso ont décidément fait pencher la balance d'un autre côté et la cocaïne doit être rangée parmi les anesthésiques généraux. — Secondement, on a été mieux éclairé sur les périls de l'absorption de la cocaïne, même à faible dose, et en conséquence on a mieux posé les règles de son emploi pour l'anesthésie locale. — Troisièmement, enfin, on a complété l'étude chimique de cette substance ; on a précisé différents points relatifs à son action physiologique et à son emploi thérapeutique.

Ce sont ces acquisitions que nous allons résumer en divisant cette étude en deux parties : Chapitre I. *Action générale de la cocaïne.* — Chapitre II. *Action locale de la cocaïne.*

CHAPITRE I. — **Action générale de la cocaïne distribuée par le sang dans l'organisme.**

1. *Constitution chimique.* — La cocaïne est un alcaloïde extrait des feuilles de la coca (Erythroxylon coca).

La cocaïne répond à la formule totale $C^{17}H^{21}AzO^{4}$. — C'est, d'après Einhorn, un éther d'un acide aromatique, comme l'atropine, la vératrine, etc. C'est l'éther éthylique de l'acide cocayl benzoyl oxypropionique, représenté par le groupement :

$$(CH^{3})\,Az\,C^{5}H^{7} - CHO\,(COC^{6}H^{5})\,CH^{2}\,COO - CH^{3}.$$

On peut obtenir des homologues de la cocaïne, homococaïnes de Poulsson (**32**), en remplaçant l'acide oxypropionique par l'acide oxyacétique, et étherisant avec les groupes éthyl, méthyl ou propyl. Ce sont les homoéthincocaïne ; homométhincocaïne ; homopropincocaïne. — Disons tout de suite, par anticipation, que ces dérivés ont les mêmes propriétés anesthésiques générales que la cocaïne. Si l'on chasse au contraire le radical alcoolique, l'effet anesthésique local disparaît ; les phénomènes d'intoxication générale changent et s'atténuent.

La cocaïne est optiquement active et lévogyre. On peut, en la traitant convenablement par la chaleur, la rendre dextrogyre. C'est la *cocaïne droite* (Rechtscocaïne) de Einhorn. Elle a les mêmes propriétés physiologiques que la cocaïne ordinaire. Celle-ci, non volatile et peu soluble, forme des sels solubles et est ordinairement employée à l'état de chlorhydrate (1). Le chlorhydrate de cocaïne est soluble dans l'eau, plus soluble dans l'alcool. Ce sont les solutions alcooliques qu'il faut employer quand on veut des concentrations fortes, supérieures à 10 ou 15 0/0. L'isomère de la cocaïne, la cocaïne droite, est une huile incolore dont le chlorhydrate bien cristallisé fond à 205° ; il est moins soluble que l'ordinaire. Disons, par avance, que son action anesthésique locale est plus rapide et plus fugace aussi que celle de ce dernier. La rechtscocaïne est identique à la méthylcocaïne de Liebermann et Giesel (**23**).

Une réaction simple indiquée par Patein (**31**) permet de déceler des quantités minimes de cocaïne (fraction de milligramme). On verse quel-

(1) Lorsque l'on emploie, en médecine, le nom de cocaïne, il faut se rappeler que c'est là une abréviation incorrecte qui désigne le chlorhydrate de cocaïne, comme les noms de morphine et d'atropine désignent abréviativement le chlorhydrate de morphine et le sulfate d'atropine.

ques gouttes de la liqueur suspectée dans un verre de montre ; on ajoute quelques gouttes d'alcool à 95° et une pastille de potasse caustique. On brasse. Il se développe une odeur caractéristique d'acide benzoïque.

La cocaïne a des rapports chimiques étroits avec l'atropine, et avec les alcaloïdes qu'on peut considérer comme provenant de l'union d'une base (pyridique) avec un acide à noyau aromatique. On retrouvera dans l'action physiologique (en particulier sur l'œil) quelques analogies entre les effets de l'atropine et de la cocaïne.

2. *Découverte.* — Différents auteurs (par exemple von Anrep) attribuent la découverte de la cocaïne à Niemann, élève de Wœhler. De fait c'est ce chimiste qui l'a nommée et fait connaître en 1859. Mais il paraît constant qu'elle avait été préparée déjà en 1855 par Gardeke, sous le nom d'erythroxyline et, découverte une seconde fois en 1857 par Samuel R. Percy, de New-York.

Les feuilles de coca contiennent, en réalité, trois produits différents : 1° une cocaïne cristallisée (3 0/000) qui est celle que l'on utilise en physiologie et en chirurgie; 2° une cocaïne amorphe (5 0/000) amorphe et neutre, absolument inactive; 3° une cocaïne liquide (2 0/000), toxique, convulsivante, mais non anesthésiante, car elle est sans action locale sur la conjonctive. Ces deux dernières substances sont sans emploi (Laborde-Duquesnel. *Soc. de biol.* 1884-85).

3. *Propriétés. Usages.* — Les habitants de la Bolivie, du Pérou, de la Nouvelle-Grenade, de la République Argentine, employaient depuis un temps immémorial les feuilles de coca, mâchées avec de la chaux, ou avec des cendres alcalines comme excitant et réconfortant, supprimant les sensations de fatigue qui accompagnent les longues marches et toute dépense de forces considérable, faisant disparaître également les sensations de faim et de soif. On a cru que c'était un antidéperditif, un aliment d'épargne typique. En réalité, c'est seulement un excitant et en définitive un épuisant, dont l'usage prolongé conduit à la maigreur, au marasme et à la ruine physiologique que l'on observe chez les vieux « coqueros. »

Incidemment les chiqueurs de feuilles de coca avaient constaté l'action anesthésique sur la muqueuse buccale. Le premier effet est une impression de chaleur, puis d'engourdissement de la langue et du pharynx : bientôt après se manifeste la stimulation générale. C'est Scroff (de Vienne) qui en 1862 aperçoit nettement dans l'alcaloïde cette propriété d'anesthésiation buccale ; Frohnmüller et Plosz en 1863 l'indiquent ; Mantegazza et Moreno et Maiz l'étudient; Fauvel l'utilise dans les affections douloureuses du pharynx et du larynx (1878) et il est suivi dans cette voie par de Cazal (1881).

Son action sur l'œil est la propriété qui a appelé définitivement l'attention sur la cocaïne. Instillée dans l'œil en solution au centième, à la dose de 4 à 10 gouttes, elle anesthésie les surfaces. De plus, elle dilate la pupille. C'est Karl Koller (de Vienne) qui signala ces propriétés aux opthalmologistes (15 septembre 1884). Elles furent constatées presque en même temps ou confirmées aussitôt après par A. Benson (de Dublin) Kœnigstein, Reuss et Hock, Jellinck. La cocaïne est devenue l'un des plus précieux auxiliaires de la chirurgie oculaire.

Son action anesthésiante sur les muqueuses avec lesquelles elle entre en contact l'a fait employer dans la médecine et dans la chirurgie spéciale du larynx, du pharynx, de l'oreille, des fosses nasales; en gynécologie et, enfin, en obstétrique. Dans beaucoup de ces applications, c'est son action vaso-constrictive qui joue le rôle principal.

Enfin, l'action anesthésiante de la cocaïne dans les tissus où on la fait pénétrer par injection, lui a ouvert l'accès de la *chirurgie ordinaire* où elle sert comme agent remarquable d'insensibilisation locale.

§ I. — Physiologie générale de la cocaïne.

Le rôle de la cocaïne (distribuée par le sang dans l'organisme et le pénétrant) a donné lieu à de nombreuses discussions. Elles sont à peu près closes aujourd'hui. La cocaïne doit être rangée, plus ou moins près, des anesthésiques généraux. Elle en a les caractères. Quels sont ces caractères ?

D'abord *l'universalité d'action.* C'est là un trait essentiel des anesthésiques bien mis en lumière par Cl. Bernard, à propos du chloroforme et de l'éther qui agissent sur tous les éléments anatomiques, on peut dire sur toutes les formes du protoplasma, qu'il soit animal ou végétal, et sur toutes ses variétés, depuis la cellule d'épithélium vibratile jusqu'à la cellule du ferment levure de bière; sur toutes les activités physiologiques, depuis la sensibilité consciente jusqu'à la germination. Le second caractère des anesthésiques est le *caractère temporaire,* fugitif, la pérennité de leur action. Le véritable anesthésique suspend les phénomènes pour un moment; et ceux-ci reparaissent lorsque l'on éloigne l'agent perturbateur.

Ces caractères se retrouvent-ils chez la cocaïne ?

4. *Influence des doses.* — Avant d'examiner les réponses qui ont été faites à cette question et précisément pour en apprécier la diversité, il faut faire une observation préalable. C'est à savoir que la cocaïne est l'une des substances qui obéissent le plus nettement à la loi formulée par Cl. Bernard, et que j'ai appelée *loi de l'excitation préparalytique* : Le poison qui abolit les propriétés d'un organe (nerveux) commence par les exalter. L'anesthésie, la paralysie, sont toujours précédées d'une période d'excitation. Il en est, ai-je dit, des organes vivants comme de ces brasiers de houille dont la flamme est attisée par les premières gouttes de l'eau qui finira par l'éteindre. Mais la phase d'excitation et la phase de paralysie qui se succèdent peuvent le faire à intervalles plus ou moins grands, suivant la nature et la dose du toxique employé, et apparaître ainsi plus ou moins distinctement. Il y a des anesthésiques en quelque sorte foudroyants, comme le protoxyde d'azote, avec lesquels la phase d'excitation est franchie d'un bond ; la paralysie semble alors survenir d'emblée. C'est une trombe d'eau qui s'abat sur le foyer de tout à l'heure et le submerge d'un seul coup. L'action est plus lente avec le chloroforme, et les phénomènes d'excitation deviennent évidents, sauf le cas où l'on emploie des doses massives et capables de sidérer le patient. L'éther arrive en troisième ligne, avec une action encore plus dilatée, qui permet aux phénomènes d'excitation de se développer à l'aise. Il résulte de ces observations et du fait de la susceptibilité plus ou moins grande des dif-

férents tissus et organes, que l'on voit l'excitation des uns coïncider avec la paralysie des autres, et c'est là ce qui donne au tableau de l'anesthésie son extrême variété. Mais il est clair que cette variété n'est nullement déréglée : elle obéit précisément à ces deux lois que nous venons de rappeler de l'excitation préparalytique et de la susceptibilité hiérarchique des différents tissus.

Ces considérations générales trouvent précisément une de leurs meilleures applications en qui concerne la cocaïne. C'est un agent anesthésique à action extrêmement dilatée ; de telle sorte que suivant les doses employées, il pourra manifester sur tel ou tel organe l'effet d'excitation ou l'effet de paralysie. La question des doses prend donc ici une importance tout à fait capitale. On ne peut faire l'histoire physiologique de la cocaïne, sans distinguer à chaque moment, encore plus que pour toute autre substance, l'action des *doses fortes* et l'action des *doses faibles*.

De là une complication inévitable dans l'histoire physiologique de la cocaïne, puisque, d'autre part, ces notions de doses fortes et de doses faibles sont essentiellement contingentes. Elles varient suivant l'espèce de l'animal, la nature de la fonction que l'on a en vue, le mode d'introduction de l'agent. On peut cependant poser quelques règles faciles :

5. *Procédés d administration.* — L'action de la cocaïne sur l'organisme s'étudie dans deux conditions principales : 1° en la faisant pénétrer par la voie physiologiqne, c'est-à-dire par l'intermédiaire du sang qui l'amène au contact des différents tissus; et cela, en l'administrant par injection stomacale, par injection sous-cutanée ou interstitielle, ou par injection veineuse; 2° en l'amenant au contact des différents tissus préalablement mis au jour, par *application locale, directe.*

1° Si l'on opère sur le chien, la dose physiologique moyenne pour *l'injection intra-veineuse* est de 2 milligrammes de chlorydrate de cocaïne par kilogramme de l'animal; la dose de 20 milligrammes est mortelle. En injection sous-cutanée, les effets sont plus lents et plus irréguliers, en raison des variations considérables que peut présenter l'absorption; la dose mortelle varie entre 20 et 40 milligrammes par kilogramme du poids de l'animal. Enfin par la *voie gastrique* il faut des doses plus fortes. Chez l'homme, par exemple, la dose de 0gr1 décigramme (10 centigrammes) est une dose faible pour l'injection stomacale ; elle produit outre l'excitation cérébrale légère, une augmentation de la sensibilité cutanée; les doses de 30 à 50 centigrammes peuvent provoquer un commencement d'empoisonnement avec troubles dans la circulation et dans l'état général. En injection sous-cutanée, on observe des effets généraux avec les doses de 0gr,20 centigrammes et quelquefois avec des doses beaucoup plus faibles.

D'ailleurs, la sensibilité à l'action de la cocaïne varie avec des circonstances diverses; d'abord, l'espèce de l'animal; puis avec sa température centrale; puis avec le développement de son système nerveux. Ainsi la cocaïne est plus active en général chez l'animal dont le sang est le plus chaud, ou chez celui dont le système cérébral est plus développé, et indépendamment de ces deux conditions, chez certains animaux plus que chez certains autres. L'homme est plus sensible que le chien; le chien plus que les rongeurs; ceux-ci plus que les vertébrés inférieurs (Richet

et Langlois). D'autre part, chez les pigeons il faut des doses quatre ou cinq fois plus fortes que chez les chiens pour produire les mêmes effets. (U. Mosso).

2° Les *applications directes* mettent en œuvre, ordinairement, des doses de chlorydrate de cocaïne infiniment plus élevées. On fait habituellement usage de solutions variant de 1 à 10 0/0, que l'on applique directement sur les nerfs, muscles, tissus que l'on veut étudier. Il importe de remarquer que ces solutions de 1 0/0 à 10 0/0 sont des *doses fortes*, presque colossales. On s'en rendra compte par exemple, si l'on opère sur un chien de 13 kilogrammes et si l'on baigne son nerf avec la solution à 10 0/0 appliquée directement. Pour obtenir le même effet, pour mettre le nerf en rapport avec du sang à 10 0/0 de chlorydrate de cocaïne, l'animal ayant 1 kilogramme de sang (1/13 du poids du corps) il faudrait lui injecter 100 grammes de cocaïne, au lieu de la dose physiologique de 2 milligrammes par kilogramme, c'est-à-dire, en tout, au lieu de 26 milligrammes. On met donc en jeu, dans le cas de l'application locale de la solution à 10 0/0 une dose 4,000 fois plus forte que la dose physiologique de l'injection normale.

On devra toujours avoir présente à l'esprit cette différence des doses minimes et des doses massives, si l'on veut interpréter convenablement les résultats souvent contraditoires annoncés par les différents physiologistes (1).

6. Reprenons, en effet, à la clarté de ces principes, la question de *l'universalité d'action de la cocaïne*.

P. Regnard et Dubois l'on contestée. P. Regnard remarque que, tandis que les alcaloïdes de l'opium et des strychnées, et la belladone, arrêtent la fermentation alcoolique, c'est-à-dire l'activité vitale de la levure (*saccharomyces cerevisœ*), la cocaïne n'agit point à dose égale. Elle finit toutefois par exercer une action toxique, mais à une dose 100 fois plus forte et dans des conditions où d'autres substances étrangères et qu'on ne peut même regarder comme toxiques, différents sels, par exemple, seraient capables de troubler la fermentation. De son côté R. Dubois niait l'action de la cocaïne sur la germination.

D'autre part, et tout au contraire, A. Charpentier (de Nancy) affirme à la fois cette action de la cocaïne snr la fermentation et sur la germination. Il suffit d'employer des doses convenables. Il considère que ces doses n'ont rien d'excessif et que leur effet n'est pas une intoxication banale, mais bien une véritable anesthésie. Les intoxications banales, en effet suspendent la fermentation et la germination d'une manière définitive en tuant la levure ou la graine. Au contraire, la cocaïne suspend la vie de la levure et de la graine d'une manière temporaire. Elle arrête, en

(1) C'est ainsi, par exemple, que l'on peut, par des injections sous-cutanées graduées, intoxiquer un lapin jusqu'au point où il présentera de la contracture (Arloing). La peau reste sensible ; l'attouchement de la conjonctive détermine encore le réflexe oculo-palpébral. En versant une goutte de la solution à 1 0/0 sur l'un des yeux, celui-ci devient insensible, tandis que l'autre, arrosé pourtant intérieurement par le poison circulant dans le sang, est resté sensible. L'explication de ce paradoxe est facile. C'est une question de doses. Dans l'œil où a eu lieu l'instillation, les éléments nerveux de la conjonctive sont en contact avec une solution infiniment plus concentrée que dans l'œil soumis seulement à l'irrigation intérieure.

particulier, les mouvements des infusoires, et l'auteur cite un infusoire à chlorophylle qu'il a eu l'occasion d'étudier, le *zygoselmis orbicularis*, dont les mouvements sont supprimés et la fonction chlorophyllienne anéantie avec une dose de 1 cent millième, résultat qui n'est obtenu qu'avec des doses de strychnine 20 fois plus considérables et des doses d'atropine 100 fois plus grandes. Il est vrai que dans ce cas, les facultés anéanties par la cocaïne ne reparaissent point.

Ce débat sur l'action universelle de la cocaïne a été repris récemment. D'une façon générale il a abouti à l'affirmative. En ce qui concerne la germination, U. Mosso (**29**) a observé la succession des effets ordinaires de cet agent. La cocaïne, à petites doses, favorise la germination des graines et le développement de la plante. On s'en assure, en cultivant sur du coton imbibé de solution de cocaïne (depuis 1 à 5 pour 1000) des graines de *phaseolus multiflorus*. On constate alors *l'effet excitant des doses faibles*. On constate, de même, *l'effet paralysant des doses fortes*; les solutions à 1 0/0 retardent le développement de la graine; les solutions à 2 0/0 le suspendent.

D'une façon plus générale, on tend à admettre maintenant que la cocaïne exerce une action universelle sur le protoplasma vivant.

C'est la conclusion à laquelle arrive P. Albertoni (**1**). Il observe, lui aussi, la succession de l'action excitante et de l'action paralysante. L'effet excitant est le plus difficile à saisir : il est cependant rendu manifeste au moyen des cils vibratiles de l'œsophage de la grenouille que l'on humecte avec la solution à 2.5 pour 1000 de cocaïne dans l'eau salée physiologique (7,5 pour 1000 de NaCl) ; on note une accélération évidente du transport des particules posées sur cette membrane, c'est-à-dire en réalité du mouvement des cils vibratiles. L'effet paralysant est l'effet définitif. Des larves de lépidoptères mises dans des solutions physiologiques de chlorure de sodium contenant de 1/2 à 2 0/0 de cocaïne perdent rapidement et passagèrement leurs mouvements. Les amibes sont dans le même cas. Les grandes cellules du sang d'écrevisse perdent leur activité amœboïde. Les spermatozoïdes (cobaye, lapin) deviennent immobiles. Les cils vibratiles cessent de se mouvoir et de transporter les corps étrangers. Le courant musculaire et nerveux s'éteint plus rapidement. La diapédèse des leucocytes n'a plus lieu dans le mésentère de la grenouille.

Cependant, à propos de cette dernière observation, il importe de rappeler que dans les expériences de J. Massart et Ch. Bornet, la cocaïne n'a pas suspendu le chimiotaxisme des leucocytes, comme fait le chloroforme ou la paraldéhyde.

Enfin, au degré près, le protoplasma moteur est atteint comme le protoplasma sensitif, mais après lui.

L'effet paralysant sur le protoplasma d'un grand nombre d'éléments organiques, nerf moteur de la grenouille, muscles, etc., avait déjà été signalé par Laborde. Les recherches plus récentes confirment donc et étendent cette action universelle. U. Mosso montre que la cocaïne appliquée localement agit sur les nerfs moteurs et les paralyse ; elle agit sur les nerfs sensitifs : elle agit d'une manière précoce sur les cellules nerveuses de la moelle, et là encore on peut apercevoir la succession des effets d'excitation et de paralysie. Enfin, en ce qui concerne les muscles qui

paraissaient échapper à l'action du poison, on retrouve, soit en opérant sur l'animal entier, soit en faisant des applications locales, les actions excitantes et paralysantes.

Il résulte de cet ensemble d'observations que la cocaïne possède avec une netteté sans doute moins grande que le chloroforme et l'éther, mais cependant suffisante, l'attribut des véritables anesthésiques qui est d'exercer une action universelle sur le protoplasma vivant. Les mêmes observations établissent, en même temps, que cette influence est transitoire, passagère, et qu'elle peut disparaître sans laisser de traces. C'est là un second caractère des substances anesthésiques. Nous allons trouver encore d'autres analogies en étudiant la physiologie spéciale de la cocaïne.

§ II. — Physiologie spéciale.

Le tableau des effets produits par la cocaïne introduite dans le sang a été tracé d'une manière sensiblement concordante par les observateurs fort nombreux qui se sont occupés de la question, Vulpian, Grasset, Arloing, Laborde, Feinberg, Nikolsky, Danini, Tarchanoff, Freud, Zuntz, von Anrep, Laffont, Fleischer, U. Mosso, etc.

En principe, la cocaïne ne peut être employée pour l'anesthésie totale. La véritable anesthésie ou même l'analgésie ne survient qu'à la fin, comme un phénomène ultime de l'intoxication cocaïnique, alors que la vitalité de l'animal est gravement atteinte.

Les traits principaux de l'action cocaïnique sont au nombre de trois : *l'agitation* ; *l'analgésie plus ou moins complète* ; *la vaso-constriction.* Comme effets secondaires on peut noter les modifications apportées par le poison dans les diverses fonctions : circulation, respiration, calorification, digestion, etc.

7. *Effets principaux : 1° Agitation.* — Chez l'animal (chien), on observe une mobilité continuelle. Le chien ne reste plus un moment en repos ; il obéit à des impulsions motrices irrésistibles ; il exécute des mouvements violents, continuels, qui se prolongent pendant des heures entières. Si la dose est plus élevée ou si elle a été absorbée plus rapidement, ce sont des accès convulsifs (ils font défaut chez les animaux à sang froid), des spasmes, des décharges tétaniques. A cet égard, le tableau ressemble à celui de l'empoisonnement strychnique. Ces manifestations excito-motrices sont en proportion des doses administrées et de la rapidité de leur diffusion. Chez l'homme, avec des doses faibles de 0 gr. 12 à 0 gr. 15, on observe des phénomènes d'excitation analogues, et particulièrement un tremblement des mains qui survient environ une demi-heure après l'injection et dure autant de temps.

2° *Analgésie.* — L'analgésie peu marquée chez le chien, un peu plus accentuée chez le lapin, davantage encore chez la grenouille et le cobaye, ne débute pas aussitôt que l'excitation motrice, mais elle finit par rejoindre celle-ci et par coexister avec elle : elle est plus ou moins marquée, mais toutefois jamais complète. Chez l'homme, même dans les cas d'empoisonnement, les doses sont rarement assez fortes pour que l'on observe l'insensibilité. On l'a constatée seulement dans un petit nombre de cas (1 fois sur 87. Delbosc). D'autres fois on ne l'a pas notée, tout en la recherchant expressément (Heymann) ; d'autres fois, enfin et

c'est ce qui arrive chez les cocaïnomanes, il y a plutôt de l'hyperesthésie et des troubles divers de la sensibilité.

Il n'y a rien à ajouter à l'étude de cette anesthésie faite ailleurs (voir p. 215. *Les Anesthésiques*). On peut seulement faire remarquer que cette analgésie cocaïnique a soulevé une discussion importante. Les physiologistes sont divisés à son sujet. Pour les uns, le phénomène est d'origine périphérique et constitue d'ailleurs un trait caractéristique et essentiel de l'empoisonnement cocaïnique. Les autres lui assignent une origine cérébrale et une importance secondaire.

De là deux conceptions différentes de l'action cocaïnique. L'une des théories envisage la cocaïne comme une sorte de *curare sensitif*, portant son action sur les terminaisons sensitives et respectant les fonctions des centres nerveux dont l'excitabilité peut même être exagérée. Cette théorie du *curare sensitif* a été soutenue par V. Laborde, M. Laffont, Arloing, Baldi.

La seconde manière de concevoir le rôle analgésique de la cocaïne est tout à fait différente. La cocaïne ne localise nullement son action à la périphérie ; ce n'est pas un poison essentiellement sensitif ; c'est un poison universel comme les véritables anesthésiques, produisant l'analgésie par le même mécanisme que ceux-là ; intermédiaire entre le chloroforme et l'éther d'une part et la strychnine d'autre part ; agissant sur les éléments pour les exciter d'abord et les paralyser ensuite.

3° *Vaso-constriction.* — Il y a suractivité des nerfs vaso-constricteurs : Les muqueuses sont décolorées : chez l'homme, la face et les mains sont d'une pâleur extrême : l'oreille et les extrémités sont froides. Le sujet ressent une impression de froid, quoique, comme dans le premier stade de la fièvre, la température centrale soit élevée.

8. *Effets spéciaux* : *Action sur le pouls.* — La constriction vasculaire s'observe même avec des doses très faibles (ingestion stomacale de 10 centigrammes). Les expériences plethysmographiques montrent, par exemple, la diminution de volume de l'avant-bras, diminution très notable et qui atteint son maximum une heure après l'ingestion, au moment où la respiration est la plus ralentie. On note, en même temps, la disparition des oscillations respiratoires et des ondulations de Traube et Hering que l'on observe généralement dans les tracés plethysmographiques (U. Mosso). Les tracés du pouls montrent également la disparition du rebondissement dicrote et des oscillations dans la partie descendante dans la courbe de chaque pulsation. L'action vaso-constrictive résulte d'une excitation du centre vaso-moteur général ou des plexus nerveux intra-vasculaires, ou des uns et des autres simultanément. On voit qu'elle s'accompagne d'une diminution de l'élasticité des vaisseaux. Le pouls est d'ailleurs *accéléré* et rendu intermittent ; et ce n'est qu'à la fin, lorsque les phénomènes d'excitation font place à la dépression générale et comateuse, que le cœur se ralentit et s'arrête définitivement (von Anrep), mais seulement après la respiration.

9. *Action sur la pression sanguine.* — Quant à la pression sanguine, elle est considérablement accrue, et ce fait est précisément en rapport avec la vaso-constriction universelle. L'élévation (voir Dastre, *Anesthésiques*, p. 216) est précédée d'un abaissement passager. Cet effet, fugace dans le cas des doses moyennes ou fortes, devient plus durable

et plus facile à saisir avec les doses faibles (von Anrep, Laborde, U. Mosso). Il est sans importance dans le tableau de l'empoisonnement ; mais il est intéressant pour la physiologie. On en doit la connaissance à Vulpian. Comme exemple : chez un chien, la pression carotidienne étant de 13 centimètres s'abaisse à 9 centimètres pendant quelques instants pour se relever et se fixer aussitôt à 21 centimètres de mercure. La chute passagère de pression coïncide d'ailleurs avec un ralentissement du cœur, passager lui-même. Ces phénomènes fugaces seraient dus à l'action de la cocaïne sur la surface de l'endocarde. Ils font bientôt place aux phénomènes durables et caractéristiques : l'*élévation de pression* et *l'accélération cardiaque*.

10. *Action sur le cœur*. — Le cœur est accéléré ; tout au moins, ses battements ne sont pas ralentis ; il présente des irrégularités, des intermittences. Chez la grenouille, la force et la fréquence de battements sont augmentés. A haute dose, les contractions deviennent de plus en plus toniques, et finalement le cœur s'arrête en systole. Ces symptômes d'excitation sont passagers, et le cœur reprend ses battements quand on y fait passer du sang frais.

On observe un arrêt des cœurs lymphatiques, dû, comme nous le verrons, à la paralysie de la moelle épinière.

Quant à l'action du nerf vague sur le cœur, elle est conservée et même augmentée (Laborde). On aurait, cependant, observé une phase courte d'excitabilité diminuée (U. Mosso). Anrep et Durdufi ont obtenu des effets de paralysie complète. Ces assertions diverses peuvent se concilier en admettant que les uns ont observé la phase d'excitation correspondante au début et aux petites doses, et les autres la phase de paralysie correspondant à la fin ou aux fortes doses.

11. *Action sur la respiration*. — Avec les doses fortes et les doses toxiques, la fréquence des respirations s'accroît ; on note une accélération ; les graphiques accusent cette accélération avec conservation de la forme des courbes mais diminution notable de l'amplitude. Chez les animaux qui ont reçu des doses toxiques, les choses vont ainsi jusqu'à ce qu'enfin la respiration s'arrête (un peu avant le cœur) par suite d'un arrêt tétanique du diaphragme. Avec les doses physiologiques fortes, il peut y avoir diminution des processus respiratoires, probablement par suite de dépression générale (U. Mosso).

A petites doses, chez l'homme, par exemple, à la suite de l'ingestion stomacale de 10 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne, la fréquence des mouvements respiratoires reste la même ou peut diminuer. Mais la quantité d'air inspiré augmente dans tous les cas où les doses employées n'engendrent point de troubles dans les fonctions générales du système nerveux.

Ces résultats sont à rapprocher des suivants :

12. *Action sur le sang*. — Ch. Bohr (*Skandin. Arch. fur Physiol.*, III, p, 101, 1891) a constaté que dans l'empoisonnement par la cocaïne, la teneur spécifique en oxygène du sang artériel est légèrement augmentée ; elle est diminuée dans le sang veineux, de sorte que l'écart normal se trouve exagéré.

13. *Action sur la température centrale*. — La température centrale est augmentée : on l'a vue monter de 39 à 40°,2. La production calori-

fique est accrue (Ch. Richet). Le refroidissement que l'on constate en touchant la peau pâle et exsangue du sujet est donc purement périphérique ; il y a, en réalité, sur production thermique. Cette élévation thermique subsisterait encore après que la moelle aurait été séparée du cerveau par une section (U. Mosso).

14. *Action sur la digestion.* — On a signalé une augmentation des mouvements péristaltiques de l'estomac et de l'intestin, aboutissant quelquefois à des vomissements (von Anrep). En ce qui concerne l'intestin, Sprimont a observé des borborygmes et de la diarrhée consécutive.

15. *Action sur l'œil.* — La cocaïne est aujourd'hui l'un des plus précieux auxiliaires de la chirurgie oculaire. On la fait agir sur l'œil, en l'employant en instillations locales (5 à 10 gouttes en solution à 1/100 ou 7 à 12 gouttes de sa solution à 1/200. Prise à l'intérieur, à dose suffisante, c'est-à-dire considérable, l'action générale serait la même. Les phénomènes résultant de l'application locale sont : l'insensibilité de la cornée ; la dilatation de la pupille qui suit l'anesthésie et qui lui survit ; la dilatation de la fente palpébrale, ou écartement des paupières ; la fixité du globe oculaire due à la contraction de la capsule lisse de l'orbite. En même temps on observe un aspect terne de la cornée.

V. Limbourg (1892) a étudié en détail et comparativement cette action de la cocaïne sur l'œil. La cocaïne comme l'atropine paralyse d'emblée les terminaisons de l'oculo-moteur commun, tandis que la muscarine, la pilocarpine, la nicotine les excitent. La mydriase cocaïnique est moindre en général (c'est l'inverse chez le lapin) que la mydriase atropinique. La pupille cocaïnisée réagit à l'éclairement, ce qui n'a pas lieu pour l'atropine qui rend l'iris inexcitable à tous les agents. C'est même cette influence d'un éclairement trop intense qui atténue et masque, en partie, la mydriase cocaïnique. L'iris est légèrement analgésié si l'on attend un temps suffisant. L'acuité visuelle et la réfraction ne sont point altérées (**24**).

La pression intra-oculaire est un peu abaissée (A. Weber). La tension des milieux oculaires est cependant moins diminuée que lorsque l'on fait usage du chloroforme, et cette circonstance permet de vider plus facilement, dans l'opération de la cataracte, la chambre antérieure des débris de la substance corticale (Schweigger). Il y a constriction des vaisseaux de l'œil ; il y a une légère paralysie de l'accommodation. En résumé, la cocaïne excite les nerfs dilatateurs de la pupille : elle paralyse les nerfs sensitifs ; elle modifie les phénomènes de l'excitation directe de l'iris. Elle affecte les éléments musculeux et nerveux de l'iris, les nerfs sensibles de la cornée et la partie antérieure de la rétine.

16. *Action sur la muqueuse bucco-linguale et sur le sens du goût.* — L'action sur la sensibilité de la muqueuse buccale est l'une des plus anciennement connues. Elle a été observée par les indigènes qui employaient les feuilles de coca, et en 1857, elle a été signalée expressément par S. R. Percy. On enseignait, jusqu'à ces derniers temps que la cocaïne détruisait à la fois le goût et la sensibilité tactile (L. Brunton). En réalité (L. E. Shore (**42**), si l'on badigeonne la langue avec la solution à 1 0/0 ou 5 0/0 on constate la disparition de la sensation à la douleur,

du goût de l'amer, avec conservation de la sensibilité tactile. En prolongeant l'action, l'ordre de disparition des diverses sensibilités est le suivant : 1° disparition de la sensibilité à la douleur; 2° disparition du goût de l'amer; 3° du goût du sucré; 4° du goût du salé; 5° du goût de l'acide; 6° de la perception tactile qui résiste le plus longtemps. On perçoit nettement la pointe d'une épingle, alors que l'on ne sent point la douleur qu'elle produit, et l'on distingue nettement deux points à 1 millimètre de distance. La sensibilité tactile disparaît enfin. Toutes les sensibilités, y compris, à la fin, la sensibilité électrique acide — sont alors abolies. — La sensibilité thermique subsiste seule : si l'on excite avec le courant électrique, on n'observe que des sensations thermiques [Hermann (**21**)].

17. *Action sur les réflexes. — Réflexes rotuliens.* — Les faibles doses exaltent ces réflexes. Chez les chiens, la section de la moelle allongée les fait disparaître : l'injection de 15 milligrammes par kilogramme, dans la veine jugulaire de l'animal soumis à la respiration artificielle les fait reparaître plus fort qu'à l'état normal. Une dose plus élevée (20 milligrammes par kilogramme) chez le chien ou le lapin supprime temporairement (pendant 4 à 5 minutes) le réflexe qui se remontre ensuite (U. Mosso).

Il en est de même des *Réflexes vésicaux.* — U. Mosso notait plethysmographiquement les variations de volume de la vessie. Toutes sfl, fois que, chez le chien coïcainisé l'on faisait une injection de cocaïne, la vessie pendant quelques minutes cessait de répondre aux excitations douloureuses par la contraction habituelle.

18. *Action sur les sécrétions.* — Enfin, dans la phase d'excitation, presque tous les observateurs ont signalé une augmentation des sécrétions, particulièrement de la salivation sous-maxillaire et en général du ptyalisme (Hallsted Hall, Arloing, etc.). Mais dans la phase qui suit, on observe au contraire fréquemment une diminution des sécrétions et une sécheresse marquée de la bouche.

19. *Action sur les muscles.* — On avait méconnu, au début, l'action musculaire de la cocaine. En réalité, la cocaïne exerce une action sur les muscles lorsqu'elle est mise en contact avec eux. Sighicelli (1885), avait observé qu'instillée dans l'œil du lapin, elle abolit outre la sensibilité, la contractilité des muscles striés du bulbe oculaire (et il ajoute : des muscles lisses de l'iris). De même, si on l'applique sur l'intestin, le courant d'induction n'en provoque plus la contraction. La même chose s'observe, enfin, pour les muscles lisses des vaisseaux.

U. Mosso a étudié l'action de la cocaïne sur les muscles de la grenouille, du chien et de l'homme. Chez la grenouille, l'emploi de doses faibles favorise la contraction des muscles soustraits à l'influence nerveuse (par le curare); des doses plus fortes (20 milligrammes dans l'abdomen) empêchent la contraction. Cette paralysie n'est que temporaire, puisqu'en lavant le muscle avec la solution physiologique de chlorure de sodium en circulation artificielle, celui-ci récupère ses propriétés. Si l'on inscrit, chez le chien, la contraction du muscle gastro-cnémien, on constate qu'à doses faibles (1 milligramme par kilogramme d'animal), la cocaïne exerce une action excitante sur la contraction; la dose de 3 milligrammes est déjà une dose forte et produit un effet paralysant. En

pratiquant la circulation artificielle dans le train postérieur, on observe mieux encore les phénomènes de paralysie, sans être troublé par toute la symptomatologie de l'empoisonnement. On constate ainsi que les doses de 5 milligrammes par kilogramme du poids de l'animal produisent une augmentation de la contraction musculaire; des doses plus fortes produisent une diminution.

Chez l'homme, U. Mosso a fait connaître les modifications provoquées par la coca ne, dans l'activité d'un groupe de muscles convenablement choisis pour l'étude, les fléchisseurs du doigt médius. Il en a observé avec soin la contraction volontaire et la contraction provoquée. Il a constaté ainsi que la cocaïne agit sur le système musculaire comme excitant, à doses faibles (1 décigramme par la voie de l'estomac); elle agit comme paralysant si elle passe rapidement dans la circulation sanguine en doses plus fortes. L'effet de renforcement de la cocaïne sur le muscle apparaît plus nettement sur le muscle fatigué, ou après le jeûne. On s'assure encore que cet agent améliore temporairement l'activité des muscles épuisés par la fatigue. En résumé, la cocaïne, indépendamment de son action sur le système nerveux, exerce une action directe sur les muscles, augmentant à petites doses, la force des contractions; tandis qu'à doses fortes, il la fait diminuer.

Lorsque l'animal cocainisé ne succombe pas à l'empoisonnement et qu'il se rétablit, on observe, dans la période de retour, une certaine maladresse du système musculaire (neuro-musculaire), des phénomènes de titubation qui ne se rattachent pas directement à l'état des muscles, mais que *l'on a expliqués par une obtusion persistante de la sensibilité tactile.*

20. *Action sur le foie.* — Comme d'autres alcaloïdes, la cocaïne serait retenue puis fixée ou détruite partiellement par le foie. Gley (**19**) s'assure que le chlorhydrate de cocaïne est toxique pour le chien à la dose de 2 centigrammes par kilogramme d'animal, en injection dans une veine de la circulation générale. Or, si l'on injecte dans la veine-porte, il faut 4 centigrammes 23, d'où la conclusion que le foie retient plus de la moitié du poison; de plus, les convulsions sont plus tardives et moins violentes. Dans le bout périphérique de l'artère fémorale il faudrait 3 centigrammes 48.

Chouppe a contesté la précision de ces expériences, sans en apporter de contraires.

21. *Action sur le système nerveux.* — Le point capital de l'histoire de la cocaïne est relatif à son action sur le système nerveux. C'est précisément à l'occasion de cette action que se sont produites les deux théories de la *cocaïne, curare sensitif* et de la *cocaïne, anesthésique général.*

Nous avons dit que la cocaïne administrée à dose convenable (forte) produisait une analgésie générale. La question est de savoir si cette analgésie est *d'origine centrale* ou bien *d'origine périphérique.*

a). Application localisée. — Indépendance de l'anesthésie d'avec la vaso-constriction. — Dans le cas d'application locale de la cocaïne sur une muqueuse, la conjonctive par exemple, la question ne fait pas de doute. Il s'agit d'une action périphérique exercée par le poison sur les terminaisons nerveuses. On avait d'abord proposé d'autres explica-

tions. Partant de ce fait que l'application locale, en même temps qu'elle supprime la sensibilité, provoque une constriction énergique des vaisseaux, on avait voulu rattacher les deux effets l'un à l'autre et expliquer le premier par le second, la cocaïne atteignant la sensibilité en anémiant le tissu et en abaissant ainsi sa vitalité. C'est à tort. La cause véritable est ailleurs. La démonstration en est facile à donner :

L'insensibilité de la conjonctive n'est pas due au resserrement des vaisseaux (voir Dastre, *Anesthésiques*, p. 221-222). Si, en effet, chez un lapin dont l'œil a été insensibilisé par la cocaïne, on coupe le cordon sympathique du même côté, une vascularisation énorme remplace l'anémie, et cependant l'analgésie locale persiste (Arloing). — La démonstration peut être donnée autrement au moyen de la pilocarpine dont les effets sont antagonistes de ceux de la cocaïne sur les vaisseaux qu'elle dilate et sur la pupille qu'elle contracte; et cependant, l'insensibilité cocaïnique persiste encore (M. Laffont). — D'une autre manière encore; les opérations pratiquées au moyen de la bande d'Esmarch (Robson, Corning, Kummer), prouvent que l'insensibilité n'est pas dûe à l'anémie. La bande produit, il est vrai, de l'anémie artérielle, mais, en même temps aussi, de l'hyperhémie veineuse, et la sensibilité persiste parfaitement. Si l'on injecte de la cocaïne, il a y insensibilité; l'insensibilisation est même plus complète que dans le cas de l'injection simple sans emploi de la bande (insensibilisation renforcée). La cocaïne avec hyperhémie veineuse (cas de la bande), a agi plus énergiquement sur la sensibilité que la cocaïne avec anémie (cas où l'on n'emploie pas la bande).

Action sur les terminaisons nerveuses. — La cause véritable réside dans une action nerveuse spéciale, exercée par la cocaïne sur les terminaisons nerveuses sensitives. La cocaïne, dans le cas d'application locale, porte incontestablement son effet sur les éléments nerveux, délicats, dissociés, des terminaisons. Lorsqu'on l'applique sur une muqueuse, le résultat est, en effet, d'autant plus accentué, que le contact avec l'élément nerveux est mieux assuré. La muqueuse la plus atteinte est celle de la conjonctive et de la cornée, où les terminaisons nerveuses sont intra-épithéliales. — Il se produit vraisemblablement un changement temporaire, une altération passagère des éléments nerveux directement touchés. Arloing a essayé de saisir cette altération. Il immerge un fragment de nerf sciatique de grenouille dans une solution forte de cocaïne, comparativement à un autre qui est plongé dans l'eau distillée. Celui-ci ne présente de coagulation qu'au voisinage de la gaine de Schwann. Le contenu des fibres est, dans le premier, devenu d'un brun jaunâtre, coagulé et dissocié. C'est une action de ce genre qui se produirait dans tous les filets nerveux (terminaisons) qui entrent en contact avec l'agent toxique.

b). Action générale. — Théorie du curare sensitif. — Passons maintenant, au cas général où la cocaïne est introduite dans l'organisme à l'intérieur, par l'injection veineuse, l'injection sous-cutanée, ou l'ingestion gastrique.

On sait qu'avec les doses fortes, on a noté l'analgésie coïncidant avec l'agitation ou, en d'autres termes, la disparition des réactions que provoque habituellement l'irritation des appareils périphériques, coïncidant avec la persistance des mouvements volontaires.

Cette insensibilité, quelle en est la cause? Quelques physiologistes ont été amenés à prétendre qu'elle était la même que dans le cas précédent, que c'était une paralysie des terminaisons nerveuses sensitives, lesquelles cette fois, sont atteintes du dedans par l'irrigation sanguine, au lieu de l'être par le dehors à la suite de l'application directe. Dans cette hypothèse, l'action de la cocaïne porterait primitivement et spécifiquement sur les terminaisons sensitives ; le nerf sensitif lui-même ne serait pas atteint encore, les autres parties du système nerveux resteraient indemnes ou ne seraient intéressées que faiblement.

C'est la théorie de la cocaïne, *curare sensitif.* D'après les auteurs de cette théorie, l'analgésie cocaïnique, toute différente de celle du chloroforme et de l'éther, serait périphérique et limitée d'abord au tégument. Celui-ci serait une enveloppe inerte qui établirait une barrière entre l'animal empoisonné et le monde extérieur : l'animal ne sent plus la douleur; puis, il devient indifférent aux contacts des objets ; puis, enfin la même obtusion s'étendrait aux terminaisons des nerfs spéciaux, de la vue, du goût, de l'odorat.

La théorie du curare sensitif, mise en avant et soutenue par J.-V. Laborde, M. Laffont, Arloing, Baldi, et que moi-même j'avais acceptée sur l'autorité de ces physiologistes, semble décidément inexacte. — et, selon quelques physiologistes comme U. Mosso, doit être rejetée.

Pour que la cocaïne formât le pendant du curare, qu'elle fût le poison des terminaisons sensitives, comme celui-ci l'est des terminaisons motrices, il faudrait un certain nombre de conditions qui ne sont point remplies. Il faudrait : 1° *que l'action portât réellement sur les terminaisons nerveuses sensitives*; 2° *qu'elle portât sur elles primitivement sinon exclusivement*, c'est à-dire que celles-ci fussent atteintes à l'exclusion des centres nerveux, moelle et encéphale, et nerfs moteurs.

Or, ces conditions ne sont point réalisées : 1° pour l'atteinte prétendue des terminaisons nerveuses, on donnait comme preuve, chez le chien et le cobaye, l'absence de réaction aux excitations douloureuses qui provoquent ordinairement les mouvements de défense ou de fuite, mouvements qui n'ont pas lieu et qui sont cependant possibles puisque l'animal exécute encore des mouvements volontaires. Mais ce fait, qui n'est autre que le fait normal de l'analgésie, cadre parfaitement avec une action toxique portant seulement sur les centres nerveux, comme c'est le cas avec le chloroforme et l'éther

Tout au contraire, il y a des expériences positives qui établissent α que les terminaisons nerveuses ne sont pas essentiellement atteintes, et β d'autres qui établissent que les centres nerveux le sont.

α. Pour établir que les terminaisons nerveuses sensitives ne sont pas essentiellement atteintes dans l'analgésie cocaïnique, U. Mosso irrite la peau des pattes chez un chien fortement cocaïnisé et il observe la conservation des réflexes vésicaux jusque dans une période très avancée de l'intoxication. Le tégument (à la condition que l'irritation y ait été exactement limitée), n'est donc pas une barrière rendue infranchissable par l'action de la cocaïne. La conservation de ces réflexes est, au contraire, parfaitement d'accord avec l'existence d'une analgésie d'origine centrale.

A la vérité, on pourrait objecter à cette expérience que l'excitant em-

ployé est l'électricité, c'est-à-dire le plus diffusible de tous. Comme l'on admet, précisément, que les nerfs sensitifs sont hyperexcitables dans ce cas (M. Laffont), c'est eux que l'on aurait excités. L'expérience précédente perdrait toute valeur. Mais précisément l'exactitude de cette hyperexcitabilité concordant avec l'analgésie, est suspecte.

β. Pour établir que *la cocaïne agit essentiellement sur les cellules nerveuses de la moelle*, on coupe (grenouille) la moelle au niveau de la 4e vertèbre, et l'on injecte sous la peau de l'abdomen 3 à 4 milligrammes de cocaïne. Le but de cette préparation est de laisser arriver la cocaïne partout, sauf dans le segment inférieur de la moelle. La disposition des vaisseaux de la moelle est telle, en effet, qu'elle est irriguée du haut en bas par des vaisseaux partant du bulbe. Si l'on a coupé les vaisseaux et les artères vertébrales en sectionnant la moelle, le tronçon inférieur ne recevra que peu de sang cocaïné par les anastomoses des artères lombaires. Les autres organes et la peau en recevront tout autant qu'auparavant. On constate, dans ces conditions, que les excitations électriques, mécaniques, chimiques, *portées* sur le train postérieur conservent leur effet pendant un certain temps, tandis que celles qui portent sur le train antérieur ne provoquent plus de réflexes. La sensibilité est donc conservée dans les parties qui correspondent à un segment de moelle non intoxiquée.

Inversement, si l'on empêche (au moyen de la ligature pratiquée selon le procédé de Cl. Bernard sur un membre à l'exclusion des nerfs) la cocaïne à dose forte d'agir sur les membres postérieurs, sur les terminaisons sensitives et sur les nerfs, on n'en observe pas moins que le tégument et même le nerf sciatique sont rendus insensibles. Les réflexes sensitifs ont disparu.

γ. Enfin, il ne serait pas exact de prétendre que le *système nerveux qui préside à la sensibilité*, qu'il s'agisse des terminaisons, des cordons nerveux, ou des cellules nerveuses de la moelle, est frappé *primitivement* ou *exclusivement*.

Un des premiers effets de la cocaïne, à doses modérées, est d'agir sur les centres supérieurs, sur les hémisphères cérébraux. On en peut donner pour preuve, les phénomènes d'ivresse, de subdelirium, les accès de fureur ou d'attendrissement, la loquacité, l'hilarité, les troubles intellectuels signalés chez l'homme dans les cas d'empoisonnement cocaïnique. Ce sont là des phénomènes presque constants ; et ils se produisent alors que la sensibilité n'est pas atteinte. Le plus souvent même, dans les cas d'empoisonnement chez l'homme (ce qui a lieu avec des doses qui ne sont jamais très fortes) on n'observe pas de troubles de la sensibilité générale. Mantegazza, Heymann, Ricci, n'ont pas aperçu de troubles de cet ordre et sur 87 cas rapportés dans la *Thèse* de Delbosc, 1889, il y en a un seul où ils aient été notés. Chez les animaux, on constate que l'agitation, les troubles vaso-moteurs et respiratoires précèdent l'analgésie, c'est-à-dire que l'hyperexcitabilité du cerveau, du bulbe et des voies kinésodiques précède l'altération du système sensitif.

On a cherché à mettre en évidence l'action excitante de la cocaïne sur les hémisphères cérébraux, en appliquant directement la substance sur la surface corticale mise à nu (Charpentier, Biernacki, *Archives de Physiologie*, avril 1891). L'expérience réussit chez les animaux à sang froid

(grenouilles avec solution faible). Chez les animaux à sang chaud l'application locale est un procédé trop brutal pour montrer la première phase de l'action, c'est-à-dire l'effet excitant. On aperçoit seulement l'effet paralysant. La cocaïne appliquée sur les centres psychomoteurs affaiblit leur excitabilité (Tumass, Bianchi, Giorgieri, Carvahlo, Aducco).

E. Belmondo (5) arrive récemment au même résultat. Il détermine le courant minimum agissant sur un point de la zone motrice : il applique la solution de cocaïne à 10 0/0 et il recherche de nouveau l'excitabilité. Ou bien, laissant la zone motrice intacte, il badigeonne de cocaïne la substance corticale avoisinante, particulièrement, celle des zones sensitives postérieures. Il constate dans l'un et l'autre cas la diminution de l'excitabilité des zones motrices. La cocaïne abaisse constamment l'excitabilité des centres moteurs.

Le *système moteur* lui-même n'échappe pas à l'action de la cocaïne, comme l'ont cru les partisans de la théorie du curare sensitif. Les expériences d'application locale (c'est-à-dire action des doses fortes) ne laissent pas de doute à cet égard. A la vérité, les fibres sensitives sont paralysées avant le système moteur ; mais celui-ci l'est à son tour. En voici les preuves : 1° H. Alms (1886) irrigue un membre avec une solution de cocaïne ; il constate que le nerf a perdu la propriété d'irriter le muscle à un moment où, cependant, le muscle excité directement se contracte ; 2° U. Mosso applique sur les nerfs phréniques du chien quelques gouttes de la solution de cocaïne à 10 0/0 et le diaphragme cesse de se contracter : la paralysie purement temporaire dure de 10 à 15 minutes. L'excitation pratiquée à ce moment au-dessus du point touché par la cocaïne ne provoque plus de contractions de ce muscle. Bientôt après, ce dernier reprend ses contractions ; 3° En appliquant directement la cocaïne sur un nerf mixte, on observe que la réaction à la douleur disparaît d'abord, tandis que la motilité persiste ; c'est ce qu'avait vu Feinberg (1886) en expérimentant sur le sciatique du lapin ; mais celle-ci disparaît à son tour. En badigeonnant un segment du nerf sciatique de la grenouille avec une solution à 10 0/0 on voit l'excitabilité du nerf s'éteindre successivement dans l'espace de 6 à 7 minutes (Kochs, Alms, U. Mosso). Fr. Franck (1892) a proposé d'utiliser ces observations en employant la cocaïne pour remplacer la section des nerfs par instrument tranchant, avec l'avantage d'une *restitutio ad integrum* qui se fait graduellement et d'une manière complète. On peut pratiquer une injection interstitielle dans la gaine celluleuse du nerf ou, ce qui est plus lent, faire pénétrer la solution par imbibition au moyen d'un manchon d'ouate hydrophile entourant le cordon nerveux. L'action ne s'étend guère utilement au delà d'un à deux centimètres de part et d'autre du point atteint. Chez un chien de moyenne taille, il faut injecter 2 à 4 gouttes de la solution à 5 0/0 pour paralyser le vague et le sciatique ; 2 gouttes pour le récurrent.

Lorsque l'on procède par injection dans le tissu cellulaire, ou les vaisseaux, etc., on est empêché d'observer les résultats de l'action sur les nerfs moteurs, par le développement des accidents concomitants et l'impossibilité d'employer des doses suffisantes. C'est ainsi qu'Anrep avait vu les fibres sensibles du nerf sciatique paralysées presque complètement sans que les fibres motrices le fussent. Mais la paralysie de

la sensibilité était due, dans ce cas, non à la fibre sensitive, mais à la cellule médullaire correspondante, car on l'observe encore en empêchant la cocaïne d'agir sur les nerfs et leurs terminaisons périphériques (U. Mosso). Nous avons dit, d'autre part, que les cordons nerveux sensitifs et leurs terminaisons continuent à fonctionner (excitations provoquant les réflexes vésicaux) dans une période très avancée de l'empoisonnement.

22. *Résumé.* — En résumé, la cocaïne agit sur le protoplasma, en général, et sur tous les protoplasmas nerveux en particulier, par excitation d'abord et paralysie ensuite. Les applications locales sur les muqueuses et les injections sous-cutanées montrent qu'elle paralyse les terminaisons nerveuses. Les faits d'excitation cérébrale (ivresse, troubles intellectuels) et les expériences d'application directe montrent qu'elle atteint d'une manière très précoce les hémisphères cérébraux. Les expériences de Freud sur la perception des sons et celles de U. Mosso avec les excitations électro-cutanées montrant que la cocaïne abrège le temps de la réaction physiologique, alors qu'elle n'exerce pas une influence appréciable sur la conductibilité nerveuse, autorisent à penser qu'elle accélère la perception en excitant les fonctions psychiques des centres cérébraux. Les troubles vaso-moteurs, respiratoires, circulatoires, prouvent l'action sur le bulbe ; les applications directes fournissent la même démonstration, car, en appliquant, chez le chien, trois gouttes de la solution à 10 0/0 sur le bulbe, on a vu la respiration s'arrêter en quelques secondes et les animaux mourir (U. Mosso). L'action paralysante sur les cellules nerveuses de la moelle est démontrée par les expériences de disparition des réflexes sensitifs, dans une région du tégument non irriguée d'ailleurs par la cocaïne, si le segment médullaire correspondant est irrigué. L'action irritatrice sur les mêmes cellules médullaires serait prouvée par l'hyperesthésie cutanée observée pour des doses faibles chez l'homme, (en admettant bien entendu, que les troubles de la sensibilité soient dus à l'intervention de ces cellules médullaires). Cette hyperesthésie cutanée, signalée comme l'un des symptômes de la cocaïnomanie peut être observée chez l'homme à la suite d'ingestion gastrique de doses variant entre 5 et 8 centigrammes. Les applications directes, les injections interstitielles, montrent l'action sur les nerfs sensitifs et moteurs. De même pour l'action sur le système sympathique ; la cocaïne appliquée localement sur le cordon cervical annule plus ou moins rapidement l'irritabilité de ses fibres ; employée en injections sous-cutanée ou veineuse (méthode faible) elle agit peu ou point (Langley et Dickinson. *The Journal of Physiology*, XI, p. 509).

Reste à fixer l'ordre dans lequel ces actions se produisent. Les hémisphères cérébraux seraient les premiers atteints ; puis la moelle, puis le bulbe qui en serait à la période d'excitation, tandis que les cellules sensitives de la moelle en seraient déjà à la phase de paralysie ; puis, en dernier lieu, les terminaisons nerveuses et les nerfs sensitifs, et enfin les terminaisons motrices et les nerfs moteurs.

On remarquera que cet ordre est précisément celui qui correspond à l'action des anesthésiques tels que le chloroforme et l'éther. Comme eux, la cocaïne intéresse d'abord les fonctions psychiques du cerveau, puis produit de l'agitation, puis éteint la sensibilité à la douleur ; d'abord

dans les extrémités, puis dans le tronc, et, en dernier lieu, dans la conjonctive. La sensibilité disparaît avant la motilité.

Cet ensemble de faits amène donc à considérer la cocaïne non plus comme un curare sensitif, mais comme un agent très voisin des anesthésiques (1).

§ III. — Pathologie de la cocaïne.

23. *Tableau de l'intoxication cocaïnique.* — L'étude physiologique qui précède intéresse la médecine et la chirurgie en expliquant les accidents auxquels les malades sont exposés en cas d'application maladroite ou malheureuse de la cocaïne.

Si les précautions ne sont pas convenablement prises pour limiter la pénétration de la cocaïne à la région qui doit subir l'opération ; si l'alcaloïde est diffusé par le sang dans l'économie tout entière, on voit survenir des accidents qui reproduisent quelques traits du tableau de l'empoisonnement cocaïnique. Deux séries de faits plus ou moins nettement distincts se succèdent : il y a une *phase d'excitation* marquée par les trois symptômes : *excitation cérébrale*, *constriction vasculaire*, *convulsions* ; — puis, une *phase de collapsus.*

Dans la première phase et surtout dans les cas légers, on voit souvent apparaître des troubles intellectuels, du délire, des hallucinations. Ces phénomènes sont dus à l'action spécifique du toxique sur les centres corticaux et aussi à l'anémie produite, par la constriction des vaisseaux encéphaliques, qui est également un phénomène de début. C'est cette *excitation cérébrale*, sorte d'ivresse, subdélirium, loquacité, hilarité, hallucinations, délire, que recherchent les cocaïnomanes.

Les phénomènes de *constriction vasculaire* sont encore des phénomènes précoces. Ils sont dus à une excitation bulbaire du centre vasomoteur. Ils se traduisent par une *pâleur livide* des mains et de la face.

En troisième lieu, le sujet est pris de tremblements convulsifs, d'excitation violente, qui peut aller jusqu'aux crises tétaniformes et à l'opisthotonos. Les muscles des extrémités se contractent; et cet état peut

(1) L'expérience capitale qui plaidait en faveur de la théorie du curare sensitif était celle de Laffont. On excite la peau : rien. On excite le nerf sensitif, réactions réflexes exagérées, ce qui montrerait que toutes les parties sont indemnes, sauf les terminaisons. « Son tégument (chien) est comme une enveloppe inerte et, cependant, à l'intérieur de cette enveloppe inerte, il peut parfaitement sentir et même plus vivement qu'à l'ordinaire. Les troncs nerveux sensitifs présentent une hyperexcitabilité notable; leur pincement, les irritations de toute nature que l'on peut porter sur eux provoquent des douleurs intenses et des mouvements réflexes peut-être exaltés. » C'est l'exactitude de cette observation qui est précisément contredite.

D'autre part, on peut faire quelques objections aux expériences qui lui sont contraires. Par exemple, en ce qui concerne la conservation des réflexes vésicaux (constatée par U. Mosso) ou rotuliens, on remarquera que toutes les fois que l'expérimentateur faisait une injection de cocaïne au chien curarisé, la vessie cessait *pendant quelques minutes,* de répondre aux excitations douloureuses par la contraction habituelle. Ce n'est qu'après cette période que les réflexes sensitifs disparaissent. Mosso néglige précisément cette première période. Inversement, dans les expériences de section de la moelle, il n'attache précisément d'importance qu'à la persistance de l'excitabilité du train postérieur *pendant les dix à quinze premières minutes* et non à la phase ultime. De même dans l'expérience avec le nerf phrénique. On voit que le champ des controverses n'est pas fermé absolument.

durer de une à 7 heures. L'explication des *convulsions* semble un peu difficile ; elles se succèdent à intervalles plus ou moins réguliers ; elles semblent spontanées, provoquées non par des stimulations extérieures, mais par des modifications centrales dues à l'action du toxique sur les centres nerveux. On discute encore la question de savoir quels sont les centres atteints ; quelques auteurs ont pensé qu'il s'agissait de la moelle épinière. Mais, si l'on accepte l'expérience de Danini, il faudrait au contraire, exclure la moelle proprement dite, car en séparant la moelle de l'encéphale on les ferait disparaître. En admettant donc pour ces convulsions l'origine encéphalique, quelques auteurs les font partir de l'écorce cérébrale excitée (Feinberg, Ch. Richet) ; d'autres, excluant l'excitation corticale parce que l'expérience directe aurait montré qu'à la période des convulsions l'excitabilité de l'écorce est diminuée, placent leur origine dans l'excitation de la région bulbo-protubérantielle (Tumass). C'est l'opinion la plus vraisemblable.

Il est à noter que le plus souvent, ainsi que nous l'avons déjà dit, les convulsions ne se montrent pas chez les animaux à sang froid ; la période d'hyperexcitabilité fait défaut. Cependant, en élevant la température des grenouilles cocaïnisées jusqu'à 32°, on voit apparaître les convulsions.

Pour en revenir à l'homme, dans cette première période on observe encore des nausées, des vertiges, perte de connaissance ; une dilatation des pupilles, — enfin, des modifications de la respiration. Celles-ci sont dues à une action directe sur le centre respiratoire bulbaire. Avec des doses faibles, il y a peu ou point d'accélération, et quelquefois même un léger ralentissement. Avec les doses plus fortes, il y a tétanisation du diaphragme. Ce sont ces convulsions et ce tétanos qui entraînent, dans la seconde période, la mort de l'animal cocaïnisé.

La perte ou la diminution de la sensibilité sont des faits tout exceptionnels à cette période. On les a constatés dans un nombre infime de cas (excepté naturellement pour la région ou pour la muqueuse où a lieu l'injection).

Collapsus. — Refroidissement. — A cette première phase d'excitation succède la phase de vertiges, d'angoisse précordiale, de défaillance, la syncope.

Les accidents ne se dissipent qu'assez lentement, suivant leur gravité. L'intoxication se manifeste pendant plusieurs jours, marquée par des troubles intellectuels, de l'insomnie, une cardialgie violente, une anorexie persistante. Hallopeau (**19**) a signalé des troubles analogues persistant plusieurs mois après une injection sous-gingivale de 8 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne (céphalalgie, malaise, engourdissement des membres, accès de défaillance avec vertiges, prostration, mêlés à une excitation cérébrale traduite par de la loquacité et de l'agitation.

Effets consécutifs. — On a observé des effets consécutifs tels que : démarche spasmodique ; réflexes rotuliens exagérés durant un certain nombre de jours ; maladresse musculaire attribuée à l'obtusion de la sensibilité tactile ; hypersécrétion glandulaire, ténesme rectal et vésical (Reich, Maierhausen, Heymann, Mannheim, Potter). On peut négliger ces légers accidents à cause de leur caractère passager.

24. *Accidents des opérations.* — Le tableau précédent est plus ou moins complètement réalisé dans chaque cas particulier. Par exemple, dans le cas de Moreau (*Soc. de biol.*, 10 novembre 1888) on observe de l'excitation, des tremblements convulsifs, la dilatation pupillaire, des irrégularités du pouls, et le fait exceptionnel d'une analgésie générale sans perte de connaissance. Dans le cas de Ricci (*Deutsch. med. Woch.*, n° 11, 1887) on note : une excitation extrême, des gesticulations choréiques, une accélération du pouls et de la respiration. Dans le cas de Déjerine (*Soc. de biol.*, 17 décembre 1887) un état demi-comateux avec contraction musculaire généralisée. Dans le cas de P. Berger (*Soc. de chirurgie*, p. 751, 1891) : après un quart d'heure ou une demi-heure, coma, mouvements convulsifs de la face et des membres ; contraction des mâchoires ; mort. Dans le cas de Th. Hüber (**21**), (5 centigrammes de cocaïne pour extraction de polypes nasaux) ; sensation de brûlure sur la muqueuse pharyngienne ; sensation de constriction ; et durant trois jours, faiblesse, troubles du sommeil. Dans le cas de Schwabach (**35**), (injection dans la caisse du tympan de 5 gouttes de la solution à 5 0/0, soit 12 millig. 5) : malaise, céphalalgie, vertiges, vomissements, sensation de froid pendant trois jours. Dans le cas de Tzebicki (**39**), (herniotomie chez un garçon de 2 ans et demi ; injection de 5 centigrammes dans le champ opératoire) ; une demi-heure après, excitation violente ; mots inintelligibles ; contractions cloniques des extrémités ; pâleur du visage ; sueur froide ; injection des conjonctives ; dilatation pupillaire maxima ; strabisme convergent ; respiration de Cheyne-Stokes ; accès coupés de longs sommeils ; durée, 3 jours. Cas de Quénu : (solution à 2 0/0, quantité 1 à 7 centigrammes ; 3 cas d'intoxication sur 60) : loquacité ; agitation ; élancements dans les membres ; face bouffie ; yeux larmoyants ; masséters contracturés. — Autre tableau : fourmillements dans les mains et dans les avant-bras ; malaise ; inquiétude ; douleurs ; contracture des fléchisseurs ; anesthésie des membres ; respiration brève ; mouvements irréguliers du cœur ; hébétude.

§ IV. — Pharmacologie et thérapeutique

25. *Circonstances de l'intoxication.* — Ces accidents se sont tellement multipliés dans la pratique des dentistes et des chirurgiens, depuis quelques années, que beaucoup d'entre eux ont renoncé à la cocaïne et la considèrent comme une substance d'un maniement infidèle et très dangereux.

Parmi les circonstances qui paraissent influer sur l'apparition des accidents, il faut signaler les injections ou applications faites à la tête (gencive, cavité nasale, oreille) ; les applications sur les séreuses enflammées (tunique vaginale) ; sur les muqueuses enflammées (urèthre, rectum) ; ces derniers cas s'expliquant par la rapidité de l'absorption.

26. *Doses toxiques. Nombre des cas mortels.* — La question la plus importante est celle des doses.

Le nombre des cas mortels publiés au moment de la discussion à la Société de chirurgie (1891) serait, d'après Reclus, de 15 au total. Ces cas mortels sont attribués à l'exagération des doses. Le médecin russe Colomnine perd un malade à la suite d'une injection rectale de 1 gr. 5 de

cocaïne et se suicide de désespoir. Dans 9 des cas mortels les doses sont : 1 gr. 32, 1 gr. 25, 1 gr. 20, 0 gr. 80, 0 gr. 50 ; dans le cas de P. Berger, 37 centigrammes ; dans le cas de Richardière, 22 centig. 5. Il n'y aurait aucun cas de mort authentique où la quantité de l'alcaloïde serait inférieure à 22 centigrammes.

Au début, l'on croyait à une toxicité moindre, et c'est successivement que l'on a abaissé la limite de tolérance. Ainsi Reclus, qui est, en France, l'un des partisans décidés de l'anesthésie chirurgicale par la cocaïne, est descendu progressivement, dans des publications successives, de la dose de 1 gramme (pour les hydrocèles) à 50 centigrammes, puis à 20 centigrammes, à 15 centigrammes, enfin à 12 ou à 10 centigrammes. Et cependant on a observé des accidents avec des doses plus faibles encore : Hœnel a vu des convulsions avec la dose de 11 centigrammes, Schwartz une alerte avec 10 centigrammes dans l'hydrocèle ; J.-R. Comte a vu des symptômes inquiétants survenir à la suite de l'injection de 4 centigrammes ; P. Reynier, alerte après injection de 1 centigramme chez un sujet atteint d'insuffisance mitrale ; Lorenz (de Harburg) a constaté des collapsus graves à la suite d'injection, dans la vaginale, de 2 centigrammes, de 1 centigramme et même de 7 milligr. 5 ; Schwabach avec 12 milligr. 5 ; Hallopeau avec 8 milligrammes.

En ingestion gastrique, on ne doit pas dépasser 50 centigrammes (Laborde). On a vu des accidents avec les doses plus fortes. On en a même observé avec 25 centigrammes (chez un enfant de 4 ans, Moizard, 1888).

27. *Inconvénients ou accidents locaux de la cocaïne.* — On a accusé la cocaïne de produire des accidents locaux, troubles trophiques, diminution de vitalité, mortification des tissus atteints (Bousquet, Kummer). C'est une assertion à vérifier.

D'autre part on a indiqué un inconvénient possible de l'usage prolongé de la cocaïne dans l'iritis. L'usage de cette substance a été préconisé comme éminemment favorable à toutes les périodes de l'iritis (A. Weber, Knapp, Schöler, Limbourg, etc.) Or, Javal (1886) a cru voir que longtemps continuée, la cocaïne pourrait favoriser le développement des phénomènes du glaucome, observation qui n'est pas d'accord avec le fait que la cocaïne abaisserait la pression intra-oculaire (A. Weber, Limbourg). Le glaucome est cependant considéré comme une contre-indication à l'usage de la cocaïne. Enfin on attribue à la cocaïne la production d'infiltrations cornéennes dues en réalité au sublimé (Galezowski, Pflüger, Bunge.)

28. *Prophylaxie et traitement des accidents cocaïniques.* — On doit réussir, par des précautions bien observées et dont nous reparlerons à propos de l'emploi chirurgical de la cocaïne, à éviter ou à atténuer considérablement les accidents cocaïniques. Lorsque ces phénomènes sont survenus en dépit des précautions, ou par suite de leur inobservance, on est à peu près désarmé contre eux.

On a proposé le *nitrite d'amyle* (Schilling, de Nürenberg). Le nitrite d'amyle produit des effets contraires, en apparence, à ceux de la cocaïne. L'inhalation de quelques gouttes de cette substance (5 à 6 gouttes) détermine une dilatation vasculaire généralisée, avec abaissement de la pression sanguine. Toutefois, il ne s'agit pas ici d'un effet vraiment an-

tagoniste de l'effet cocaïnique ; car le nitrite d'amyle n'agit point, comme l'ont prétendu Amez et Droz (1873) sur les vaso-constricteurs hyperexcités par la cocaïne pour les paralyser ; il porte son action sur les nerfs vaso-dilatateurs, qu'il surexcite (Fr.-Franck) : après inhalation de nitrite d'amyle, le cordon cervical a conservé la faculté de resserrer les vaisseaux de la tête. Ce sont deux actions différentes sur des mécanismes opposés, et non pas deux actions opposées sur un même mécanisme. C'est, au surplus, ainsi qu'il faut concevoir tous les antagonismes physiologiques, d'après J.-P. Morat. Quoi qu'il en soit, le nitrite d'amyle en excitant les vaso-dilatateurs, fait disparaître la pâleur et la dilatation pupillaire et pare à quelques-uns des symptômes d'anémie ; il diminue la pression artérielle. Mais ces effets ne sont point permanents ; ils se dissipent dans un laps de temps de trois à quatre minutes. L'action fugace du nitrite d'amyle ne peut, en une seule fois, constituer un traitement approprié de l'intoxication cocaïnique, dont le caractère est d'être persistante et prolongée.

On a encore proposé l'*atropine*, qui réussirait à supprimer les effets convulsivants (Skinner, 1886).

Enfin, en troisième lieu, les *narcotiques* et l'*hydrate de chloral* ont été conseillés. Il est certain que, par beaucoup de traits, la cocaïne est l'antagoniste des narcotiques et particulièrement de l'hydrate de chloral (effets sur le cerveau, sur les vaisseaux, etc.). On peut songer à combattre les symptômes d'intoxication de l'une des substances par l'autre. U. Mosso a préconisé le chloral, une fois que le danger du tétanos respiratoire a été écarté, ce qui peut se faire au moyen du chloroforme. D'après ce physiologiste, une dose de 46 milligrammes de cocaïne serait annihilée par une dose de $1^{gr},5$ de chloral ; inversement, la cocaïne serait l'un des meilleurs stimulants dans les empoisonnements par les narcotiques.

29. *Cocaïnomanie.* — Malgré la date récente de l'introduction de la cocaïne en médecine, il y a aujourd'hui des cocaïnomanes, comme il y a des morphinomanes. Ces personnes recherchent, dans l'usage habituel de ce poison, l'excitation cérébrale, des impressions nouvelles et une sorte d'ivresse analogue à celle qu'aiment à se procurer les fumeurs d'opium. Au début, on les rencontrait surtout parmi les dentistes. (Cas de Déjerine.) Souvent ce sont les mêmes sujets qui passent de la morphine à la cocaïne ou qui les associent. Mais les psychiâtres qui ont rencontré quelques-uns de ces cas, sont d'accord pour déclarer que la cocaïne est un toxique bien plus redoutable que la morphine, par la rapidité et l'intensité de ses désordres intellectuels (hallucinations, délire des persécutions) ; des désordres moteurs, des désordres sensitifs dont les plus caractéristiques seraient des troubles de la sensibilité cutanée (impression de petits insectes sous la peau, que le sujet cherche à enlever avec des aiguilles). Ces troubles s'exaltent le soir, à la période hypnagogique. A ces troubles il faut ajouter : perte d'appétit, de sommeil, marasme, vertiges, syncopes, attaques épileptiformes qui en forment le cortège ordinaire. [Saury, Séglas.]

CHAPITRE II. — **Anesthésie locale. Emploi chirurgical.**

30. *Modes d'emploi.* — La cocaïne constitue l'un des rares, sinon le seul anesthésique local spécifique (voir Dastre, Anesthésiques, p. 285-286).

L'origine des applications chirurgicales de la cocaïne se trouve dans la découverte faite (en 1884) par K. Koller (de Vienne), de l'action insensibilisatrice exercée par cette substance sur la conjonctive oculaire et sur la cornée. Cette observation elle-même se rattache à celle de S.-P. Percy, qui (en 1857) avait constaté que le chlorydrate d'erythroxyline (cocaïne) possédait la propriété singulière d'émousser et de paralyser la sensibilité de la langue. Mais le point de départ de toutes ces notions se trouve dans la constatation qu'ont faite de temps immémorial les mâcheurs de coca de l'Amérique du Sud de l'insensibilisation de la langue produite par les feuilles de ce végétal.

Après l'étude physiologique qui précède nous n'avons à nous occuper ici que de l'emploi qui a été fait de la cocaïne pour l'anesthésie locale. — Le principe en est la mise en contact direct de la substance avec les extrémités nerveuses des parties que l'on veut anesthésier.

Le chlorydrate de cocaïne est employé, pour l'anesthésie locale, de trois manières : 1° en instillations dans l'œil ; 2° en badigeonnages, tamponnements ou pulvérisations sur le tégument des muqueuses si l'on recherche une anesthésie superficielle ; 3° en injections dermiques ou hypodermiques, si on recherche une insensibilisation plus profonde.

Le chirurgien se propose, dans tous les cas et quel que soit le procédé, de limiter l'action aux tissus directement atteints par le liquide et d'éviter la diffusion générale de la cocaïne dans l'organisme. On veut les effets locaux (insensibilisation et anémie), sans superposition des effets généraux (intoxication cocaïnique). On devra donc employer les précautions les plus attentives pour éviter que la cocaïne pénétre dans les vaisseaux ou qu'elle y diffuse par absorption. Ces précautions se résument à trois : *injection traçante* (Reclus) ; *solutions étendues*; *doses faibles.*

31. *Action locale de la cocaïne.* — Les effets locaux de la cocaïne se résument à deux principaux : l'insensibilisation des parties et une anémie très marquée. L'histoire chirurgicale de la cocaïne est presque entièrement contenue dans ces deux termes : action anesthésiante, et action vaso-constrictive énergique.

La cocaïne exerce des effets divers dont le détail a été examiné plus haut. Mais ce qui explique son action anesthésiante, c'est une altération directe et passagère qu'elle produit sur les terminaisons nerveuses et les fibres nerveuses dissociées (et surtout non protégées par la myéline) avec lesquelles elle entre en contact direct.

32. *Emploi en chirurgie oculaire.* — Nous avons dit que la cocaïne a d'abord fait son entrée dans la chirurgie oculaire, grâce à Karl Koller. (*Congrès opthalmologique de Heidelberg*, 15 sept. 1884.)

Le chlorhydrate de cocaïne est généralement employé en instillations simples dans le cul-de-sac conjonctival.

La solution habituelle est à 1/200. Cependant on a employé les solu- à 4 0/0 (Hartridge) ; à 5 0/0 (von Reuss, Panas), et même à 8 0/0 (Bradford). On fait tomber ainsi sur l'œil quelques gouttes de liquide (7 à 8 gouttes), dans un intervalle de quelques minutes. Après un quart d'heure, l'effet est obtenu, et il se maintient pendant une dizaine de minutes, temps suffisant pour les opérations. On peut d'ailleurs entretenir l'état d'anesthésie en renouvelant les instillations. Ces instillations répétées sont sans inconvénient si on les espace suffisamment, car la cocaïne ne s'accumule pas dans l'organisme.

La raison de l'activité extrême de la cocaïne par rapport à la conjonctive cornéenne tient à la facilité du contact de la solution avec les éléments nerveux des terminaisons et des ramuscules non protégés par la myéline. La solution pénètre successivement à travers l'épithélium, imprègne la terminaison nerveuse sans être contrariée par l'irrigation sanguine seconde condition favorable à l'efficacité, atteint les espaces lymphatiques, se mêle à l'humeur aqueuse et baigne l'iris. (Arloing.)

Le premier effet remarquable de ces instillations est une *insensibilité complète de la cornée et de la conjonctive*, saines ou enflammées. En analysant de plus près cette insensibilité on a vu qu'elle portait d'abord sur la sensibilité à la douleur et sur la sensibilité à la pression. Elle laisse subsister la sensibilité au chaud et au froid. (H. Donaldson, 1885.)

Un second effet, également précieux, est une *dilatation marquée de la pupille*. Cette mydriase est un peu tardive ; elle arrive après que l'insensibilisation existe déjà et elle lui survit pendant plusieurs heures. Nous avons signalé plus haut (15) les caractères de cette mydriase qui résulte de la paralysie des terminaisons de l'oculo-moteur commun et ses caractères distinctifs d'avec la mydriase atropinique ; l'analgésie légère de l'iris ; la réaction de la pupille cocaïnisée à l'éclairement ; la diminution de la pression intraoculaire, moindre que la diminution chloroformique ; la parésie légère de l'accommodation ; la conservation de l'acuité visuelle et de la réfringence des milieux. Nous avons indiqué aussi l'écartement des paupières : la propulsion du globe oculaire et sa fixité par suite de la contraction de la capsule lisse de l'orbite.

Le troisième effet, curatif, également, c'est la pâleur *et l'ischémie, des membranes de l'œil*, qui exerce une influence antiphlogistique avantageuse.

Quant aux inconvénients de la cocaïne et à ses contre-indications, nous les avons également mentionnés (26). Javal pense que la cocaïne pourrait favoriser le développement des phénomènes glaucomateux ; en tous cas, Schweigger et Hartridge la considèrent comme contre-indiquée dans le glaucome.

Modes d'emploi. — Certains opérateurs, au lieu d'employer les solutions de chlohydrate, ont eu recours à une pommade : vaseline et cocaïne, 5 0/0. On introduit une petite masse de la grosseur d'une tête d'épingle dans l'un des culs-de-sac palpébraux (Katzaouroff et Zacharewsky).

Opérations profondes. — L'insensibilisation obtenue par ces procédés reste superficielle et peu durable. Dans le cas d'opérations profondes, telles que l'extirpation du globe oculaire, on est obligé de modifier l'administration de la cocaïne. Turnbull continue les instillations dans l'œil, même pendant l'opération. C. Coks pratique une injection dans les muscles, particulièrement dans le tendon du droit externe. On est ramené

ainsi au cas général de l'emploi de la cocaïne pour les opérations de la chirurgie ordinaire.

33. — *Emploi de la cocaïne pour les opérations ou pour l'intervention médicale sur les muqueuses.* a) La solution de chlorhydrate de cocaïne appliquée en badigeonnages sur les muqueuses amène une insensibilisation et une décongestion de la surface touchée.

On a d'abord connu ce fait pour ce qui concerne la muqueuse de la langue et de la bouche. Von Anrep (*Pflueger's Archiv.*, 1879) serait le premier observateur qui aurait étendu cette propriété à toutes les muqueuses. De fait, le résultat est le même pour les muqueuses du nez, de la bouche, du pharynx, du larynx, du rectum, des voies génitales et urinaires. Il importe toutefois de remarquer que l'action est d'autant plus énergique qu'il s'agit de muqueuses à éléments plus délicats et plus riches en terminaisons superficielles. C'est parce que la conjonctive et la cornée réalisent au plus haut degré ces conditions qu'elles sont aussi les plus sensibles à l'influence cocaïnique.

Le badigeonnage des muqueuses ne produit, le plus souvent, qu'un amendement de la douleur, plutôt qu'une véritable anesthésie. Cependant, cette insensibilisation peut être suffisante pour les applications médicales et chirurgicales.

On employait au début les solutions assez concentrées : à 5 0/0, à 10 0/0, dans l'eau alcoolisée, surtout lorsqu'il y avait des raisons de réduire autant que possible la quantité de liquide (larynx, voies aériennes); mais la solution à 10 0/0, avantageuse à cet égard, peut entraver la guérison d'une plaie et produire une nécrose (E. Kummer). Aujourd'hui on tend à user de solutions plus faibles (à 2 0/0) ; on a conseillé aussi la solution phéniquée contenant : chlorhydrate de cocaïne, $1^{gr},50$; eau, 100 grammes; acide phénique pur, 5 gouttes, qui ne donnerait point lieu à la production d'accidents. La résorption de la cocaïne serait empêchée ; l'empêchement résulterait d'une mince eschare sur la muqueuse (J. Gluck, *Semaine médicale*, 1890, Cartaz, *Gaz. hebd.* 1891).

b) *Muqueuses du larynx et du pharynx.* — C'est Moreno-y-Maiz (1868) qui a signalé l'anesthésie du larynx et du pharynx par la cocaïne ; Jelinck (1884) se servit des solutions fortes pour les besoins de la laryngoscopie et les petites opérations sur le larynx. A la même époque, Stoerk a usé de la cocaïne pour l'ablation d'un polype des cordes vocales. Moure et Baratoux ont agi de même. On a encore employé le badigeonnage pour amender la douleur ou l'inflammation dans les amygdalites, ou pour pratiquer la cautérisation des amygdales.

c) *Muqueuse nasale. Muqueuse de l'oreille moyenne. Oreille externe.* — Les badigeonnages ont été employés dans les fosses nasales pour l'ablation de polypes; (solution à 2 0/0.) Zwaardemaker (n° 45) a eu recours à la pulvérisation avec mélange de poudre d'amidon au moyen d'un tube à ouverture latérale. Dans le catarrhe nasal chronique, on alterne ou on mélange avec les pulvérisations au nitrate d'argent. Le traitement à la cocaïne serait utile dans l'acmé de l'asthme nerveux dont l'accès commence par une sténose nasale et finit par une abondante sécrétion muqueuse.

En otologie, on a employé la cocaïne pour amener la sédation de la douleur et pour faciliter le cathétérisme de la trompe d'Eustache. (Bou-

chet, *Thèse de Paris*, 1889, n° 395). Kieselbach, Baumgarten (**4**) ont employé des tampons d'ouate imbibés de la solution de cocaïne à 5 ou 10 0/0 comme tympan artificiel. Ils ont constaté la diminution des bruits subjectifs à la suite d'injection dans la caisse du tympan. Schwabach (**40**), dans le cas de catarrhe chronique de l'oreille moyenne, conseille pour faire disparaître les bruits subjectifs l'injection, au moyen de la sonde, de 5 gouttes de la solution à 2 0/0. La cocaïne paraît agir dans ces cas, par sa propriété vaso-constrictive et antiphlogistique. Von Stein (**43**) préconise, dans toutes les maladies de l'oreille avec phénomènes d'hyperhémie, des injections tympaniques ou des applications dans le conduit auditif, de la solution suivante : résorcine, 1 décigramme; chlorhydrate de cocaïne, 20 à 50 centigrammes; eau distillée, 10 grammes; chlorhydrate de morphine, 1 à 5 centigrammes. On obtiendrait ainsi une guérison rapide de la myringite et une jugulation de l'otite moyenne. Nous rappellerons que l'on a constaté fréquemment des accidents dans le cas d'injection de cocaïne dans l'oreille moyenne, *même avec* des doses de 2 à 5 gouttes de la solution à 5 0/0.

d) *Muqueuse œsophagienne et stomacale.* — On a employé la cocaïne en ingestion stomacale pour supprimer les spasmes œsophagiens (Freud) ; Constantin Paul (**34**) l'a donnée chez les gastralgiques et chez les cancéreux à la dose de 30 centigrammes par jour, en deux cuillerées de la solution à 1 0/0. On l'a encore employée de la même manière contre les vomissements incoërcibles de la grossesse (Holz) ; contre ceux de la fièvre jaune (Thorington) ; contre le mal de mer (Hantz).

e) *Muqueuse urétrale.* — Knapp, Blumenfeld, Eberle, ont, les premiers, essayé d'émousser la sensibilité de la muqueuse urétrale au moyen d'une injection de 30 à 45 gouttes de la solution à 2 0/0 que l'on fait retenir pendant quelques minutes. On réussit ainsi à faciliter les sondages et même les manœuvres de la lithotritie (Weir).

f) *Muqueuse vaginale.* — De très bonne heure (1884), E. Fraenkel et R. J. Levis ont eu recours aux badigeonnages de la muqueuse vulvo-vaginale, et de la partie vaginale du col, dans diverses circonstances; par exemple, pour permettre des opérations ou des manœuvres auxquelles la douleur crée un obstacle infranchissable ; cautérisations; enlèvement de végétations superficielles, condylomes, caroncules; et aussi, pour diminuer l'excitabilité réflexe dans le vaginisme (Lejars et Dujardin-Beaumetz). Polk, en Amérique, grâce à une solution à 4 0/0 put pratiquer deux fois la suture du col (1884).

g) *Muqueuse anale.* — Pour ce qui concerne la muqueuse anale, la cocaïne a rendu des services très réels pour amender les douleurs dans les cas de fistule douloureuse (Mivart), pour permettre les manœuvres et pour diminuer l'excitabilité réflexe dans les cas de spasmes du sphincter anal (Fraenkel).

34. *Emploi de la cocaïne en obstétrique.* — Fraenkel s'est également proposé de savoir si la cocaïne pourrait atténuer la douleur de la parturition. Les douleurs produites par la dilatation du col, au moment du passage de la tête, résultent d'une distension et d'une dilacération des parties profondes, qui ne semblent guère justiciables de la cocaïne, puisqu'elles viennent des nerfs iléo-inguinaux et des nerfs iléo-hypogastriques, par suite des tiraillements éprouvés par les nerfs sympathiques

de l'utérus. Ce n'est donc qu'après la sortie de la tête de l'utérus que l'indication de la cocaïne devient rationnelle. — Pourtant, Dubois, Doléris et Boisieux ont obtenu de très bons effets des badigeonnages avec la solution à 4 0/0. (*Soc. biol.*, 17 janvier 1885). Plus tard (1886) Jeannel a usé avec profit de la solution à 5 0/0 appliquée au moyen d'un pinceau ou d'un tampon de ouate laissé à demeure. Enfin F. Bousquet (6) a utilisé avec succès la cocaïne dans 32 accouchements (dont 22 naturels et 10 qui nécessitèrent le forceps, le basiotribe ou la version). Il se servait de tampons imbibés de cocaïne, ou bien il pratiquait l'injection dans chaque grande lèvre de 2 centig. 1/2 de cocaïne (en solution à 5 0/0) 5 à 10 minutes avant l'expulsion spontanée ou l'intervention artificielle. On observe ainsi une atténuation considérable des souffrances. Barton Hirst (*Med. News.*, 30 décembre 1886) badigeonne la muqueuse vaginale et le périnée avec une pommade à 4 0/0 quand la dilatation est complète et que la partie fœtale qui se présente commence à distendre l'entrée du vagin et du périnée. G.-R. Dabs (*British med. Journal*, 30 avril 1887), en cas de col mince, rigide, place sur l'orifice un tampon de ouate imprégné de la solution à 4 0/0 de cocaïne dans l'huile de ricin. Dans le cas de rigidité du périnée, lorsque la dilatation est lente; dans les présentations de siège, chez les primipares la cocaïne serait précieuse. La douleur est aussi amoindrie considérablement par les applications d'une solution à 12 0/0 sur la vulve et le vagin. Hartzhorne pousse le plus près possible du col, à l'aide d'une seringue, un mélange de 6 parties de cocaïne, 20 de glycérine et 24 de vaseline. Cantab (1887) emploie la cocaïne contre les premières douleurs du travail, surtout chez les primipares. Auvard et Secheyron réservent la cocaïne pour la période d'expulsion et l'appliquent aux organes génitaux externes : (une demi-seringue de la solution à 5 0/0 injectée dans chaque lèvre, près de la fourchette). Le moment favorable est 5 à 10 minutes avant l'expulsion de la tête. En résumé, la cocaïne en badigeonnages, combat efficacement la douleur de la distension des portions sus-vaginale et intra-vaginale du col et du vagin; [Chaigneau (Thèse, 1890)]. Récemment, L. Acconci a utilisé la cocaïne d'une autre manière. Il l'administre par la bouche, à la dose de 3 centigrammes, répétée deux fois en 20 minutes. De cette manière, la cocaïne n'aurait pas une action très manifeste sur l'utérus, mais elle serait un puissant excitateur de la contraction des muscles abdominaux, et pourrait être administrée avec profit dans les cas de fatigue occasionnée par la longueur de la période expulsive (**3**).

35. *Emploi de la cocaïne dans l'art dentaire.* — La cocaïne a été extrêmement employée dans l'art dentaire. — Le badigeonnage de la gencive n'en anesthésie que la surface; on n'atteint pas ainsi l'alvéole et la pulpe dentaire. Il faut avoir recours à l'injection intra-gingivale; mais celle-ci ne permet même pas toujours d'insensibiliser la pulpe et de rendre l'extraction indolore (Magitot, Préterre, etc.).

Nous noterons, de plus, que c'est surtout dans ces opérations dentaires, comme d'ailleurs dans toutes celles de la région céphalique, que l'on signale de graves accidents.

Quoi qu'il en soit, la pratique est aujourd'hui très générale. On opère de la manière suivante : on a, pour l'injection sous-gingivale, une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 0/0, ou même on la prépare extem-

poranément. Pour cela, dans une petite cupule où l'on a préalablement placé 5 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne, on vide une seringue de Pravaz (rendue aseptique) pleine d'eau bouillie. On remplit alors de nouveau la seringue avec la solution obtenue. On injecte, en général, 2 à 3 centigrammes de cocaïne, c'est-à-dire un peu moins ou un peu plus de la moitié de la seringue. Pour que la piqûre elle-même ne soit pas douloureuse, quelques praticiens recommandent de comprimer la gencive et de faire l'injection dans la partie voisine du doigt, rendue exsangue par la pression; d'autres obtiennent une anesthésie suffisante de la gencive en plaçant pendant quelques instants à l'endroit de la piqûre un petit tampon de ouate imbibé d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/6. On pratique l'injection en déplaçant la seringue (injection traçante, comme dans les opérations chirurgicales) à mesure que l'injection pénètre. L'injection terminée, on comprime un peu la gencive avec le doigt pendant quelques secondes, pour éviter que le liquide ou le sang ne s'écoulent, et l'on attend généralement de 5 à 10 minutes avant de pratiquer l'extraction.

Les contre-indications seraient, outre les contre-indications générales, la périostite aiguë; les abcès dentaires; l'extraction de la dent de sagesse. Malgré ces précautions, des irrégularités ou des accidents peuvent quelquefois survenir. (*Semaine médicale*, 20 mars 1890).

36. *Emploi de la cocaïne pour les opérations de la chirurgie courante. Injections dermiques.* — Quelques chirurgiens emploient la cocaïne pour produire l'insensibilisation dans un grand nombre d'opérations courantes : goitre, résection de côtes, excision du sein, ouverture d'abcès, cure radicale des hernies, hydrocèle, anus artificiel, incision des foyers suppurés, etc...

D'autres chirurgiens, comme nous le verrons, redoutent la cocaïne et la considèrent comme un agent dangereux et infidèle.

A.) *Mode d'emploi.* — *Injections dermiques ou interstitielles.* — L'administration doit être faite en *injections dermiques ou interstitielles.* — En ce qui concerne les régions recouvertes d'une muqueuse, le badigeonnage, c'est-à-dire la simple application superficielle, ne produit qu'une insensibilisation de surface, très légère, incomplète et peu durable. Le procédé ne peut convenir pour des opérations de profondeur. Si l'on veut obtenir une anesthésiation plus étendue en profondeur, plus durable et plus complète, il faut faire pénétrer la solution cocaïnique dans l'épaisseur même du tégument muqueux.

Ces injections profondes, dermiques ou interstitielles, sont encore plus nécessaires, si l'on veut produire l'insensibilisation de la peau, de manière à pratiquer les opérations dans toutes les régions recouvertes par le tégument externe. En effet, les simples applications de cocaïne sur la peau saine ne produisent aucun effet. Même en employant la solution très concentrée à 1/6, Paul Bert n'a rien obtenu. (*Soc. biol.*, 17 janvier 1885). L'épiderme constitue une barrière à peu près infranchissable. On a essayé l'action sur des parties dénudées de leur épiderme, en appliquant le liquide sur une plaie de vésicatoire ou en l'injectant dans la sérosité de la cloque. On a observé alors une analgésie très marquée au bout de cinq minutes et disparaissant rapidement au bout de 12 minutes. L'anesthésie reste limitée ; et, si l'application n'est pas

extrêmement régulière, on trouve des points douloureux juxtaposés aux points insensibles. Ce n'est que dans le cas où la peau est dénudée ou très enflammée que l'absorption peut se produire. C'est de cette manière que Burchard a pu insensibiliser le doigt atteint de panaris en le trempant dans la solution de cocaïne, et que Weiss a pu panser d'une manière analogue des brûlures de la face.

L'anesthésie localisée par la cocaïne n'est donc possible, en général, qu'au moyen des injections dermiques ou interstitielles. Telle est la pratique des dentistes qui administrent le chlorhydrate de cocaïne en injections intra-gingivales, et des chirurgiens qui ont généralisé cette manière de faire.

B.) *Précautions. — Procédés de Reclus et de Kummer.* — Il est clair que les chances de pénétration dans la circulation et de diffusion dans l'organisme, et par conséquent d'intoxication cocaïnique générale, sont assez grandes avec ces injections, et qu'il faut prendre des précautions très attentives pour les écarter. Ces précautions se résument dans les quatre points suivants : *dose faible; solution étendue*; *injection traçante* pour éviter la pénétration dans un vaisseau; *restriction de la circulation*, c'est-à-dire de l'absorption possible au moyen de la bande d'Esmarch. — Ces conditions sont réalisées dans les deux procédés.

Pour ce qui concerne les *doses*, nous avons dit que, depuis le début de ces applications, on avait été amené à les diminuer de plus en plus. Les partisans de la cocaïne en chirurgie sont descendus par degrés de la dose de 1 gr. 5 à celle de 50 centigrammes, 20 centigrammes, 15 centigrammes. On en est aujourd'hui à 10 centigrammes qui, convenablement employés, peuvent d'ailleurs parfaitement suffire. Reclus (*Voir* 25) considère qu'il n'y a pas de danger mortel au-dessous de 22 centigrammes. On a eu des accidents ou des alertes avec 20 centigrammes, 11, 10, 7; centigramme (P. Reynier); 12 milligrammes (Schwabach); 8 milligrammes (Hallopeau).

A la condition de dose, il faut donc joindre encore une autre condition : celle du *degré de dilution*. Les solutions concentrées créent des dangers plus grands que les solutions étendues, à raison de l'absorption plus grande dans le même temps et les mêmes circonstances. On doit éviter les solutions à 10 0/0 dans l'eau alcoolisée, renoncer aux solutions à 5 0/0, à 4 0/0, et se borner aux solutions à 2 0/0 ou même à 1 0/0.

α. *Procédé de P. Reclus.* — L'injection doit être faite suivant des règles précises sur lesquelles ont insisté Reclus et Wall (*Revue de chirurgie*, 10 février 1889 et *Société de chirurgie*, 1891, p. 761).

Le liquide ne doit pas être poussé dans le tissu cellulaire sous-cutané, où il risquerait de se diffuser, mais dans le derme lui-même, où il est mieux retenu. On emploiera la solution à 2 0/0 ou même à 1 0/0. On ne dépassera point l'introduction de 10 centigrammes que l'on emploiera de manière à cerner le champ opératoire. L'*injection sera traçante*, c'est-à-dire que l'on poussera le piston de la seringue en même temps que l'on enfoncera l'aiguille dans le tissu. Ledanger est, en effet, la pénétration de la solution dans une veine. L'injection a pour effet de faire proéminer une ligne blanchâtre, (d'anémie par constriction), de chaque côté de laquelle l'effet anesthésique s'étend sur une largeur d'un à deux centimètres. — Un moyen précieux d'étendre l'action de la

cocaïne en largeur et en profondeur est le massage de la place injectée.

β. *Procédé de Kummer* (de Genève). — Kummer (de Genève) emploie la cocaïne pour toutes les opérations sur les doigts et les orteils (panaris, ongles incarnés, etc... toutes les fois, en un mot, que le champ opératoir peut être isolé du reste du corps par une ligature élastique.

Le danger des injections cocaïniques est évité grâce à deux précautions : La première consiste à pratiquer la constriction du membre au moyen de la *bande d'Esmarch*. On empêche ainsi la résorption de la substance, et l'on *renforce* et *prolonge* son effet local (Robson Corning). La seconde précaution consiste à *laisser saigner* quelque peu la plaie avant de faire le pansement, afin de permettre l'élimination aussi complète que possible de la cocaïne retenue. Ce qui montre la nécessité de cette pratique, c'est, qu'à son défaut, dans le cas d'*injections perdues*, c'est-à-dire non suivies d'opérations sanglantes, les phénomènes d'intoxication sont la règle.

On procède de la manière suivante : On place à la base du doigt, par exemple, une mince bande élastique d'Esmarch ; puis on injecte en différents points, autour du champ d'opération, quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1 0/0, en ayant soin ds comprimer toutes les piqûres pour empêcher l'écoulement du liquide. Huit minutes après l'injection, on peut faire n'importe quelle opération sur la place préparée, aussi tranquillement que si le malade dormait. Chez les adultes, il ne faut point dépasser la dose de 5 centigrammes ; chez les enfants au-dessous de 10 ans, la dose est de 1 centigramme.

Outre ces précautions en quelque sorte spéciales, il ne faut pas négliger les précautions générales indiquées par la Commission de l'Académie de médecine (12 mai 1891) : La cocaïne ne devra pas être employée chez les cardiaques, dans les maladies chroniques des voies respiratoires et chez les névropathes ; l'injection de cocaïne sera toujours faite sur un sujet couché, sauf à le relever ensuite s'il s'agit d'une opération sur la tête ou la bouche ; la dose de cocaïne (qui, d'ailleurs, ne doit pas dépasser 8 à 10 centigrammes pour des vastes étendues opératoires) doit être proportionnelle à l'étendue de la surface à analgésier ; l'introduction devra être fractionnée (**29**).

Ainsi employée, d'une façon graduée et méthodique, la cocaïne présente sur le chloroforme, l'éther, les anesthésiques généraux, de grands avantages et elle se prête au plus grand nombre des opérations de la chirurgie ordinaire.

C.) *Méthodes mixtes — Association de la cocaïne au chloroforme* (*Obalinski*) *et à l'éther* (*Schleich*). — Différents expérimentateurs (Tchaikowsky, Dransart, Terrier) ont essayé d'unir l'action du chloroforme à l'action générale de la cocaïne. C'était là une tentative tout à fait empirique et non justifiée par l'histoire physiologique de ces deux substances. Obalinsky (de Cracovie) procède ainsi : il chloroformise légèrement le sujet ; puis, pendant le sommeil chloroformique léger, il injecte sous la peau, 2 à 5 centigrammes de cocaïne en solution à 3 0/0. D'après 25 essais réalisés sur différents sujets, cette pratique aurait eu les avantages suivants : 1° elle aurait permis d'entretenir l'anesthésie générale avec une dose moindre de chloroforme ; 2° elle aurait rendu les vomissements plus rares ; 3° elle aurait supprimé au réveil les sensa-

tions désagréables, courbatures, etc.; 4° elle aurait atténué les phénomènes d'excitation nerveuse ;

R. Dubois a vu, au contraire, que la cocaïne, loin de favoriser l'anesthésie chloroformique, entraverait son développement régulier. D'ailleurs l'emploi de la cocaïne comme agent général est rendu absolument prohibitif par le danger des accidents possibles. Cette substance doit rester un agent local.

C'est de cette manière locale que Schleich (**41**) l'associe au chloroforme et à l'éther : comme Obalinsky, il chloroformise légèrement le sujet. Puis, il pulvérise l'éther le long de la plaie future, et enfin, il pratique des injections de cocaïne le long de cette section (6 centigrammes en solution très étendue de 0,75 0/0). Schleich a pratiqué ainsi trois laparotomies et fait l'ablation de petites tumeurs ovariennes, sans plainte des patientes.

D.) Valeur pratique de la cocaïne en chirurgie. — On peut croire que, grâce aux précautions indiquées plus haut, on évitera dans le plus grand nombre de cas, les inconvénients et les accidents de l'intoxication cocaïniqué. Nous avons signalé ces accidents. Nous en avons donné le tableau (23 et 24) et indiqué le traitement (28). Ce sont eux qui fréquemment reproduits, dans des circonstances très diverses, ont alarmé les chirurgiens et amené quelques opérateurs à proscrire entièrement la cocaïne, comme un agent infidèle et redoutable. D'après Roux et Dumont (de Berne), les cas publiés de ces accidents s'élevaient, au mois d'octobre 1888, au chiffre respectable de 126, parmi lesquels Delbosc (*Thèse de Paris*, 1889) trouvait seulement quatre accidents mortels attribuables à la cocaïne. Le nombre des accidents s'est infiniment accru depuis cette époque (voir 26). Mais on est jusqu'à un certain point en droit de penser que la plupart d'entre eux sont dus à ce que l'on ne connaissait pas encore assez bien les règles méthodiques de l'emploi de la cocaïne. Beaucoup de chirurgiens sont convaincus de cette vérité. Reclus a pratiqué 1,600 opérations sans accident grave et, depuis 1889 à 1891, 1,000 opérations sans alerte. Schwartz a fait 300 opérations, avec une seule alerte ; Moty, 5 à 6,000 piqûres sans autre accident, que deux syncopes. D'autre côté se trouvent des opérateurs moins favorisés : Quénu a trois accidents sur 60 opérations. Labbé, Berger sont très réservés. — L'avenir décidera si l'observation des règles précédemment posées assure entièrement la sécurité de l'opérateur. Et s'il en est ainsi, comme il y a lieu de le croire, le chlorhydrate de cocaïne, incontestablement le meilleur des anesthésiques locaux, devra être considéré comme un précieux auxiliaire de la chirurgie.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1892.

A

Abcès. — Pathogénie et traitement des abcès chauds, par CHARVOT. (*Rev. de chir.*, juin.) — Des abcès séreux, par NICAISE. (*Ibid.*, juin.) — Abcès froids dus au staphylocoque doré, par ROGER. (*Gaz. hebd. Paris*, 6 août.) — Abcès de la 2e circonvolution frontale gauche, hémiplégie droite totale, mort, par GOUGET. (*Soc. anat. Paris*, 6 mai.) — Abcès froids des parois thoraciques, par BONNAUD. (*Thèse de Paris*, 5 mai.) — Traitement des abcès pelviens, par CABOT. (*Boston med. Journal*, 19 mai.) — Note sur un cas d'abcès de la fosse iliaque ouvert dans le rectum et la vessie, par CANNAC. (*Montpellier méd.*, 4, p. 64.) — Cure radicale des abcès du psoas, par MURRAY. (*Americ. j. of med. sc.*, juillet.) — Traitement des affections pyogènes par la provocation d'abcès artificiels, par FOCHIER. (*Bull. Acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 27 avril.)

Abdomen. — Plaidoyer en faveur de l'uniformité de délimitation des régions abdominales, par ANDERSON. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Observation de liquide ascitique laiteux, par NIEUWONDT et ROZENZWEIG. (*Brit. med. j.*, 16 juillet.) — Quelques effets de la rupture intra-péritonéale des kystes abdominaux, par SUTTON. (*Brit. med. journ.*, 4 juin). — Tumeurs dermoïdes de la paroi abdominale, par BODENSTEIN. (*Münch. med. Woch.*, 1.) — Ruptures abdominales et pelviennes causes de morts subites, par IRISH, LOWELL et STONE. (*Boston med. journal*, 23 juin.) — De la laparotomie exploratrice d'urgence dans les traumatismes abdominaux, par ADLER. (*Thèse de Paris*, 4 mai.) — Orifice herniaire anormal du grand oblique pris pour une hernie graisseuse de la paroi, laparotomie, aponévrorraphie, par THIÉRY. (*Bull. soc. anat. Paris*, juin, p. 433.) — Contribution au traitement des coups de feu de l'abdomen, par HERMANN KLEINE. (*Thèse de Halle.*)

Absorption. — Expériences sur l'absorption sans osmose, par REID. (*Brit. med. j.*, 19 fév.)

Accouchement. — Mémento de thérapeutique obstétricale et gynécologique, par TOUVENAINT et CAUBET. (*In-18*, 243 p., *Paris.*) — Etude d'anatomie obstétricale normale et pathologique, par PINARD et VARNIER. (*In-4°*, avec atlas, *Paris.*) — L'exploration obstétricale, par C. CREDÉ et G. LEOPOLD. (*Leipzig.*) — L'action du chloroforme sur l'accouchement normal, recherches au tocodynamomètre, par DŒNHOFF. (*Arch. f. Gynæk.*, XLII, 2.)

— Série de 1,000 accouchements heureux à la maternité de Lille, par Eustache. (*Nouv. Arch. d'Obst.*, 25 avril.) — De l'importance de l'examen du pouls aussitôt après l'accouchement, par Perraudin. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — Un cas d'extrême dyspnée et de cyanose avant, pendant et après le travail de la parturition, par Provan. (*Boston med. journal*, 7 juil.) — L'excitation des contractions par les injections intra-utérines de glycérine, par Pelzer. (*Arch. f. Gynæk.*, XLII, 2.) — De l'accouchement spontané chez les femmes à bassin coxalgique, par Bruneau. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — — La protection du périnée dans l'accouchement normal, par Dumas. (*Thèse de Montpellier.*) — Du diagnostic des présentations du siège, par Maurice. (*Thèse de Paris*, 24 juin.) — Naissance de trois jumeaux, par Helme. (*Brit. med. journ.*, 7 mai.) — Accouchements, utérus bifide, fœtus dans une loge, placenta dans l'autre, par Burke, (*Ibid.*, 14 mai.) — Rectification nouvelle des positions occipito-postérieures, par Grandin. (*Americ. j. of Obst.*, mai.) — Sur un cas d'anomalie rare de l'amnios, par Hamard. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.) — Traitement de la rotation postérieure de l'occiput pendant le travail, par Davis. (*Med. News*, 9 juillet.) — Mécanisme du forceps à traction axiale, par Gardner. (*Amer. j. of Obst.*, juillet.) — Indications du forceps, par Demelin. (*Rev. gén. de clin.*, 20, p. 309.) — Des applications de forceps sur le sommet, par Demelin. (*Ibid.*; 6, p. 86.) — Quelles sont les ressources de l'organisme dans les présentations obliques ou de l'épaule? En cas d'une présentation de l'épaule peut-on compter sur les efforts seuls de la nature ou bien doit-on intervenir, par de Swiecicki. (*Arch. de tocol.*, avril.) — Conduite à tenir pendant le travail dans les cas de présentation du siège décompleté mode des fesses, par Budin. (*Rev. gén. de clin.*, 17, p. 257.) — Indications de la version podalique dans les rétrécissements du bassin, par Mueller. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte,* p. 155, 1er mars.) — Hémicéphale expulsé à terme à la suite d'une grossesse compliquée d'hydramnios, par E. Bugnion. (*Rev. méd. Suisse romande*, XII, 166, mars.) — Sur un cas de dystocie par ergotisme utérin, par Chaleix. (*Arch. de tocol.*, juin.) — La pratique routinière d'administrer l'ergot à la 3e période du travail, par Milton Duff. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.) — Des enfoncements et des fractures du crâne chez le fœtus pendant l'accouchement, par Lelièvre. (*Thèse de Paris*, 30 juin.) — La technique de l'accouchement prématuré artificiel, par Demelin. (*Rev. gén. de clin.*, 5, p. 68.) — L'euphorine en obstétrique et en gynécologie, par Bossi. (*La Riforma medica,* 15 déc.) — Sur une anomalie nouvelle de l'amnios, par Blanc. (*Soc. de biol.*, 9 avril.) — Placenta prœvia compliqué d'urémie, par Green. (*Boston med. journal*, 2 juin.) — Placenta prœvia et urémie chez la même patiente, par Townsend. (*Ibid.*, 2 juin.) — Hémorragie accidentelle par suite de travail prématuré dû à l'hydramnios, par High. (*Am. j. of Obst.*, mai.) — Les hémorragies de la délivrance et leur traitement par Gallois. (*Ann. enseig. sup. de Grenoble,* IV, 2.) — Recherches historiques et critiques sur la symphyséotomie, par Desforges. (*Thèse de Paris*, 1er juillet.) — De la symphyséotomie par Charpentier. (*Nouv. arch. d'Obst.*, 25 mai.) — Un cas de symphyséotomie, par Tarnier. (*Bulletin acad. méd.*, 28 juin.) — Trois cas de symphyséotomie, par Pinard. (*Ibid.*, 25 mai.) — De la symphyséotomie, par Morisani. (*Ann. de gynéc.*, avril). — Deux cas de symphyséotomie, mère et enfant vivants, par Leopold. (*Cent. f. Gynæk.*, 30 juillet.) — De la symphyséotomie, par Müllerheim. (*Ibid.*) — Basiotripsie dans un cas de grave rétrécissement du bassin, par Marta. (*Ann. de gynéc.*, juillet.) — Basiotripsie pour rétrécissement du bassin, par J. Cadilhac. (*Montpellier médical*, 3, p. 344.) — De la perforation du crâne, par Winternitz. (*Cent. f. Gynæk.*, 16 juillet.) — Technique de la craniotomie, par Breus. (*Wien. med. Presse,* 50.)

Acide. — Examen des critiques de Wagner relativement à la détermination des acides au moyen du carbonate de chaux, par C. Friedheim et H. Leo. (*Arch. für die gesammte Physiologie*, LI, p. 615.)

Acné. — Hydrosadénite suppurative disséminée, par Dubreuilh. (*Soc. franç. de derm.*, 21 avril.)

Acromégalie. — Obs. d'acromégalie, par Osborne. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — Obs. d'acromégalie, par Packard. (*Ibid.*) — Un cas d'acromégalie, par Holsti. (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 4.) — Deux cas d'acromégalie, par E. Tanzi. (*Archivio ital. di clin. med.*, 5, p. 533.) — Présentation d'un cas d'acromégalie, par Balzer. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 avril.) — Un cas d'acromégalie, par Brown. (*Hunterian Soc.*, 13 avril). — Un cas d'acromégalie, par Bard. (*Lyon méd.*, 17 avril.)

Actinomycose. — De l'actinomycose, par Samter. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 2.) — L'actinomycose et son traitement, par A. Raffa. (*La Riforma medica*, 4 fév.) — Quel rôle jouent les dents cariées dans l'infection actinomycosique, par Iszlai. (*Pester med. chir. Presse*, 6.) — L'actinomycose en Flandre, par Guermonprez et Augier. (*Gaz. des hôp.*, 11 fév.) — Actinomycose du foie et du poumon, par Taylor. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVIII.) — De l'actinomycose du pied connue sous le nom de pied de Madura, par Hewlett. (*Lancet*, 2 juillet.)

Addison (**Mal. d'**). — Maladie d'Addison, tracés ergographiques, diurèse par injections de capsules surrénales, par Abelous, Langlois et Charrin. (*Soc. de biol.*, 2 juillet.) — Maladie d'Addison sans lésions apparentes des capsules surrénales, tubercule accolé au ganglion semi-lunaire droit, par Brault et Perruchet. (*Semaine méd.*, 8 juin.) — Des modifications du système nerveux sympathique et cérébro-spinal dans deux cas de maladie d'Addison, par Fleiner. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, II, 4.) — Un cas de maladie d'Addison avec intégrité des capsules surrénales et altérations scléreuses de l'un des ganglions cœliaques, par Raymond. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 mars.)

Air. — De la régularisation du degré d'humidité de l'air artificiellement produite dans un espace clos, par Gorhan. (*Wiener med. Presse*, p. 409, 458 et 504.)

Albumine, urie. — Nucléo-albumines, globulines et albumines, par Duclaux. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 4.). — Transformation de l'albumine en propeptones dans la maladie de Bright, par Gérard. (*Soc. de biol.*, 7 mai.) — Les peptones et la peptonurie, par Chéron. (*Bull. de thérap.*, 15 juin.) — De l'albuminaturie carbonatée, par Gaube. (*Soc. de biol.*, 7 mai.) — Albuminurie magnésienne chez un dégénéré hyperacousique, par Gaube. (*Gaz. méd. Paris*, 25 juin.) — Albuminurie ne dépendant pas de maladies organiques des reins, par Wood. (*Boston med. journal*, 12 mai.) — Albuminurie pendant la grossesse. Traitement par le chloral, par Gilles. (*Marseille médical*, 7, p. 224.)

Alcoolisme. — L'alcool et la santé publique, par Ridge. (*Londres.*) — Contribution à l'étude de l'alcoolisme, étude physiologique de l'eau d'arquebuse ou vulnéraire, par Cadéac et Meunier. (In-8°, 514 p. *Paris.*) — Notes pour servir à l'étude de l'intoxication chronique par l'alcool, par Combemale. (*Bull. de thérap.*, 30 avril.) — Rapports entre le pouvoir odorant des

alcools et leur toxicité, par Passy. (*Bulletin méd.*, 25 mai.) — Nature et fréquence de l'ivresse, par Ch. Dana. (*New York med. Record,* p. 309, 10 mars.) — Histoire de 2,012 cas d'alcoolisme dont 87 maniaques, par Latimer. (*Med. News*, 2 juillet.) — De l'alcoolisme comme causes de dégénérescence et dans ses rapports avec l'épilepsie, par Leter. (*Thèse de Paris,* 26 juillet.) — Cirrhose alcoolique. Guérison, par Derignac. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 avril.) — Pseudo-paralysie générale d'origine alcoolique, par Villard. (*Marseille médical*, 4, p. 117.) — Paralysie alcoolique par névrite multiple chez un enfant de 7 ans, par Leszynsky. (*Journ. of nerv. dis.*, avril.) — Automatisme ambulatoire chez un dipsomane, par Fouques. (*Arch. de neurol.*, juillet.)

Aliénation. — Aliénation et divorce, par Renton. (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — De l'instabilité mentale, par Boulanger. (*Thèse de Paris,* 26 juillet.) — Des aliénés à entrées multiples, par Lucas. (*Thèse de Paris,* 26 juillet.) — Les aliénés à séquestrations multiples, par Charpentier. (*Soc. méd. psych.,* 29 fév. et *Gaz. des hôp.*, 16 juin.) — Quelques anomalies craniennes chez les aliénés, par Bianchi et Marimo. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 1.) — Étude sur la contagion de la folie, par Pronier. (*Genève.*) — Des lésions de la volonté chez les aliénés, par Hugonin. (*Thèse de Paris,* 27 juillet.) — Recherches cliniques sur la sécrétion d'acide chlorhydrique de l'estomac chez les aliénés, par G. Leubuscher et Th. Ziehen. (*Iéna.*) — Recherches sur la respiration dans les maladies mentales, par Pachon. (*Tribune méd.*, 31 mars.) — Le facteur traumatique dans les affections mentales, par Mickle. (*Brain*, 57). — Calculs biliaires chez les aliénés, par Beadles. (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — Des troubles de conception dans la paranoia, par Ziehen. (*Arch. f. Psych.*, XXIV, 1.) — Aperçu historique sur la sphygmographie, résultats fournis par cette méthode dans l'aliénation mentale, par Huard. (*Thèse de Paris,* 21 juillet.) — Anatomie pathologique de la folie, par A. Voisin. (*Bulletin méd.*, 4 mai.) — Sur un délire névropathique avec dédoublement de la personnalité observé au Japon, possession par les renards, par Baret. (*Soc. méd. psych.,* 29 fév.) — Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et troubles des mouvements, folie du doute avec délire de toucher, par Raymond et Arnaud. (*Ann. méd. psych.*, juillet.) — Mélancolie stupide cataleptiforme, par J. Voisin. (*Gaz. des hôp.,* 7 juillet.) — Les idées de grandeur en pathologie mentale, par Ballet. (*Gaz. hebd. Paris,* 16 juillet.) — Suicide dans la mélancolie simple, par Maudsley. (*Med. Magazine*, juillet.) — Héréditaires dégénérés, par Magnan. (*Arch. de neurol.*, 69, mai.) — Note sur un aliéné homicide par Camuset. (*Ibid.*, 69, mai.) — Un cas de folie sans délire, par Marandon de Montyel. (*Ann. méd. psych.,* mai.) — Un cas d'asphyxie locale symétrique intermittente chez un lypémaniaque, par Targowla. (*Ibid.*, mai.) — Sur un cas de démence consécutive à une tumeur du lobe frontal droit, par Raymond. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 juin.) — De la mise en liberté des aliénés persécutés, discussion. (*Soc. méd. psych.*, 28 mars). — Quand faut-il enfermer un aliéné ? par Charpentier. (*Rev. gén. de clin.*, 14, p. 209.) — Curatelle et interdiction des aliénés, par Meschede. Réponse à Schweler. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, III, 88, janvier.) — Sur l'action sédative et hypnotique de la duboisine dans les maladies mentales, par Belmondo. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 1.) — L'usage de l'alcool dans les asiles d'alinés, par Aug. Forel. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 87, 1er février.)

Aliment. — Un nouveau régime alimentaire. Les trois aliments véritables, G. Sée. (*Bull. acad. méd.*, 29 juin.)

Allaitement. — Du choix d'une nourrice, par Olivier. (*Ann. policl. Paris*, fév., et *Arch. de tocol.*, avril.) — Sur l'allaitement des nouveau-nés, par Budin et Chavanne. (*Bull. acad. méd.*, 19 juillet.) — Allaitement, par Budin. (*Progrès médical*, 4 juin.)

Amputation. — Sur les modifications de la moelle chez les amputés, par Pellizzi. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 1.) — Lésions de la moelle consécutives à l'amputation d'une jambe, par Tuczek. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 80, 25 janv.) — De la fréquence de la tuberculose chez les amputés, par Marie. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 mai.) — Des amputations congénitales, par Osmont. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Des amputations d'urgence dans les grands traumatismes des membres, par Schwartz. (*Rev. gén. de clin.*, 11, p. 167.) — Trois désarticulations, par Brown. (*Med. News*, 9 avril.) — Désarticulation de la hanche, méthode d'hémostase, par Boone, (*Med. News*, 16 juillet.) — Nouveau procédé de désarticulation de la hanche sans perte de sang, par Wyeth. (*Cent. f. Chir.*, 28 mai.) — Modification à la méthode de Wyeth pour l'amputation non sanglante de la hanche, par Leroy Mc Curdy. (*N. York med. journ.*, 7 mai.) — Désarticulation de Chopart, ostéoclasie sus-malléolaire pour redresser l'équinisme et produire la rotation en dedans du moignon, par Jaboulay. (*Rev. d'orthop.*, III, 4.) — Amputation du 1er orteil et d'une partie du 1er métatarsien par la méthode en raquette avec lambeau digito-plantaire, par Dubreuil. (*Rev. d'orthop.*, III, 4.)

Amygdale. — Étude physiologique et bactériologique de l'amygdale, par Romane. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — La contagiosité de l'amygdalite aiguë et son traitement. (*Rev. gén. de clin.*, 19, p. 295.) — Fièvre amygdalienne et purpura, par Joal. (*Rev. de laryng.*, 15 juin.) — Amygdalite, enfant de 8 mois, trachéotomie, mort, par Mc Guire. (*Med. News*, 14 mai.) — L'hypertrophie des amygdales et l'imbécillité, par Jacobi. (*New York med. record*, p. 301, 12 mars.) — Ablation des amygdales hypertrophiées, de l'hémorragie après l'amygdalotomie, par Pollard. (*Brit. med. journ.*, 4 juin.) — Hémorragie après l'amygdalotomie, hémophile, par Nash. (*Ibid.*, 18 juin.) — Hémorragie après l'amygdalotomie, par Hovell. — *Idem*, par Shannon. (*Ibid.*, 21 mai.) — Des hémorragies après l'amygdatolomie et du traitement par l'ignipuncture, par Saltas. (*Thèse de Montpellier.*) — De l'hypertrophie des amygdales et des hémorragies après l'amygdalotomie, par Hofmann. (*Thèse de Bonn.*) — Traitement de l'hypertrophie des amygdales, par Wright. (*Boston med. journal*, 12 mai.) — Traitement de l'hypertrophie des amygdales, par Garel. (*Province méd.*, 28 mai et *Semaine méd.*, 8 juin.) — Nouvel amygdalotome, par Butcher. (*Brit. med. journ.*, 30 avril.) — Contribution à l'étude du chancre syphilitique, chancre de l'amygdale, difficulté du diagnostic, par Chrétien. (*Journ. des conn. méd.*, 31 mars.) — Du chancre infectant de l'amygdale, par P. Colombini. (*Riforma medica*, 2 et 3 mars.) — Syphilis de l'amygdale linguale, par Newcomb. (*Med. News*, 2 juillet.) — Kystes des amygdales, par Batho. (*Brit. med. j.*, 28 mai.) — Kystes de l'amygdale, par Lake. (*Ibid.*, 16 juillet.) — Tumeurs malignes des amygdales, 10 cas, statistiques et bibliographie, par Newman. (*Americ. j. of med. sc.*, mai.) — Sarcome de l'amygdale, difficultés du diagnostic histologique, par Luc. (*Rev. de laryng.*, 1er juin.) — Lymphome des amygdales, par Baber. (*Arch. of Otol.*, XXI, 2.)

Anatomie. — Technique de l'examen histologique des préparations d'anatomie pathologique, par C. von Kahlden. (*Iéna.*) — Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale, par Ernst Ziegler. (*Iéna.*) — Précis de technique anatomo-pathologique, par F. Neelsen. (*Stuttgart.*) — Quinze leçons d'anatomie pratique, par Poirier. (In-18 avec fig. *Paris.*) — Traité d'anatomie médico-chirurgicale, par Poirier; 1er fasc., crâne, encéphale, oreille. (In-8°, *Paris.*) — Notes sur l'anatomie du nègre, par Giacomini. (*Giornale Accademia di medicina di Torino*, janvier, p. 17 et *Arch. ital. de biol.*, XVII, 3.) — De la couleur des préparations anatomiques conservées dans l'alcool, par Pouchet. (*Soc. de biol.*, 11 juin.)

Anémie. — L'anémie cause de lésion cardiaque, par Handford. (*Brit. med. j.*, 23 avril.) — A propos d'un cas d'anémie pernicieuse, par Peter. (*Bull. méd.*, 29 juin.) — Les anémiques sur les montagnes, influences de l'altitude sur la formation de l'hémoglobine, par Regnard. (*Soc. de biol.*, 28 mai.) — Anémie pernicieuse progressive. Examen du sang. État du chimisme stomacal; hypopepsie. Autopsie; examen histologique des organes et en particulier de la muqueuse gastrique, par Pineau. (*France méd.*, 11, p. 161.) — Anémie, traitement par une nouvelle préparation de fer, par Wilcox. (*N. York med. journ.*, 7 mai.)

Anesthésie. — Manuel des anesthésiques par inhalations, par E. Hankel. (*Wiesbaden*, 1891.) — Les progrès en anesthésie, par Silk. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVIII.) — Les anesthésiques usuels; leur mode d'action; leurs dangers, par Adrian. (*Wien. med. Woschensch.*, 10.) — De la responsabilité pénale du médecin en cas d'emploi du chloroforme et des autres anesthésiques inhalés, par J. Borntraeger. (*Berlin.*) — Étude sur le chloroforme par les petites doses, par Royer. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — De la chloroformisation goutte à goutte, par Nicaise. (*Rev. de Chir.*, juillet.) — Recherches sur l'anesthésie chloroformique, par Wachholz. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 2.) — Modification de l'appareil de Junker pour prévenir certains accidents, par Hewitt. (*Lancet*, 30 avril.) — Les anesthésiques en gynécologie, par Buxton. (*Brit. gyn. soc.*, 9 juin). — La chloroformisation dans la lithotritie, par Guyon. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juillet.) — La cocaïne en chirurgie, par Auber. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Applications à la physiologie normale et pathologique de la perte temporaire d'activité des tissus par la cocaïnisation locale, par François-Franck. (*Acad. des Sc.*, 2 mai.) — De l'emploi hypodermique de la cocaïne pour les extractions de dents, par R. Mueller. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 janvier.) — Bromure d'éthyle, par Montgomery. (*Therap. Gaz.*, 15 juin.) — Dangers de l'anesthésie par le bromure d'éthyle, par Brinton. (*Ibid.*, 15 avril.) — Le pental comme anesthésique dentaire, par Weber. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 19, 4 janvier.)

Anévrisme. — Des anévrismes du cœur, par Lop. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Un cas d'anévrisme de la pointe du cœur, par de Saint-Germain. (*Soc. anat. Paris*, mai, p. 406.) — Anévrisme intra-cardiaque, communication du ventricule gauche avec l'oreillette droite, par Chavanis. (*Loire méd.*, 15 mai.) — Variabilité des symptômes de l'anévrisme de la crosse aortique, par Mc Call Anderson. (*Brit. med. journ.*, 4 juin.) — Anévrisme de l'aorte, ouverture dans la bronche droite, par Miralliè. (*Soc. anat. Paris*, 20 mai, p. 378.) — Anévrisme disséquant de la crosse aortique rompu dans le péricarde, chez un phtisique, par Virchow. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 16, 4 janvier.) — Anévrisme de l'aorte descendante, traitement par l'introduction dans le sac d'un ressort de montre, par Bourget. (*Rev. médic.*

Suisse romande, XII, 169, mars.) — Anévrisme énorme de l'aorte chez un syphilitique de 40 ans, avec mydriase gauche, par LITTEN. (*Berlin. klin. Wochens*, p. 174, 22 février.) — Anévrisme de l'aorte d'origine traumatique méconnu et terminé par hémorragie lente, par COMBEMALE et LAMY. (*Bull. méd. du Nord*, 4, p. 92.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte, oblitération de la carotide gauche par le caillot, pas d'hypertrophie du cœur, par SOUPAULT et SAINTON. (*Soc. anat. Paris*, 19 juin.) — Anévrisme disséquant de l'aorte thoracique et abdominale des artères iliaques, par OLIVER. (*Lancet*, 14 mai.) — Anévrisme de l'aorte ascendante traité par la méthode de Macewen, par WEIR et EMMETT. (*N. York med. journ.*, 7 mai.) — Ligature de la carotide et de la sous-clavière pour anévrismes du tronc brachiocéphalique, par ABBE. (*N. York surg. Soc.*, 9 mars.) — Anévrisme de la carotide interne, occlusion syphilitique de la sous-clavière et rétrécissement des autres artères, par EDMUNDS. (*London path. Soc.*, 3 mai.) — Anévrisme fusiforme de la carotide primitive droite, par NOEL. (*Soc. anat. Paris*, 25 mars.) — Anévrisme artério-veineux de la carotide primitive et et de la jugulaire interne, ligature des deux vaisseaux, guérison, par KEEN. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — Anévrisme de la région parotidienne; ligature de la carotide externe, de la thyroïdienne supérieure, de la linguale, de la maxillaire externe, de l'occipitale et de la temporale superficielle; guérison, par G. NUVOLI. (*La Riforma medica*, 2 février.) — Anévrisme de l'artère sus-orbitaire guéri par la compression avec le pouce, par MURRAY. (*Lancet*, 4 juin.) — Anévrisme artérioso-veineux de l'artère péronière gauche, ligature des artères et des veines tibiales postérieures et péronières, extirpation du sac, guérison, par CH. FAGUET. (*La médecine moderne*, 7 avril.) — Anévrisme diffus de l'artère splénique chez un vieux paludéen, par BEAUSSENAT. (*Bull. soc. anat. Paris*, avril, p. 266.)

Angine. — Un cas d'angine infectieuse, par FERRAS. (*Rev. de laryng.*, 1er juillet.) — L'angine mercurielle, par SCHUSTER. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet, p. 508.) — Obs. d'angine et de stomatite à streptocoques avec purpura. Arthropathie et endocardite légère, par RAOULT. (*Union médicale*, 12 mai.) — 2e cas d'angine ulcéreuse bénigne, par SEDZIAK. (*Journ. of laryng.*, août.) — Angine de poitrine, dermatophyties, érythrasma, par COMBEMALE et LAMY. (*Bull. méd. du Nord*, 6, p. 121.)

Angiome. — Tumeur érectile énorme de la face, par VILLARD. (*Lyon méd.*, 24 juillet.) — Nœvi vasculaire du membre inférieur droit et de la portion inférieure correspondante de l'abdomen avec hémi-hypertrophie partielle du corps, par DUPLAY. (*Gaz. hebd. Paris*, 11 juin.) — Angiome profond de la totalité du membre supérieur gauche, par CH. AUDRY et J. AUDRY. (*Arch. prov. de chir.*, I, 2.) — Angiome caverneux de la cuisse droite chez une femme de 56 ans, par SCHLEICH. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 16, 4 janvier). — Sur un cas d'angiokératome, par AUDRY et DEYDIER. (*Lyon méd.*, 3 juil.) — Un cas d'angiokératome, par BROCQ. (*Soc. de dermat.*, 7 juillet.)

Anthrax. — Du rôle du staphylocoque dans la pathogénie de l'anthrax, par BOUGAU. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Examen chimique d'un cas d'anthrax, par MARTIN. (*Journ. of path. and bact.*, n° 1.) — De l'anthrax, par KLOTZ. (*Journ. of cutan. dis.*, mai.)

Antiseptique. — Sur quelques mélanges antiseptiques et leur valeur microbicide, par DE CHRISTMAS. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 5.) — Des mélanges antiseptiques, par A. CAVAZZANI. (*La Riforma medica*, 14 décembre 1891.) — Note sur le benzonaphtol et quelques autres corps qui ont été proposés

pour l'antisepsie des voies digestives, par Le Gendre. (*Soc. méd. des hôpitaux,* 13 mai.) — L'oxychinaseptol (diaphthérine) dans la pratique chirurgicale, par Kronacher. (*Münchener med. Woch.*, 19, p. 328.) — Oxychinaseptol ou diaphthérine, nouvel antiseptique, par Emmerich. (*Ibid.*, 19, p. 325.) — Sur les propriétés antiseptiques de la formaldéhyde, par Trillat. (*Acad. des Sc.,* 30 mai.)

Anus. — Présence de corpuscules de Pacini dans la muqueuse anale, par Pilliet. (*Bull. soc. anat.*, 15 avril.) — La fistule anale, par Worthington. (*Med. News*, 21 mai.) — Sur le traitement des fistules, par Llobet. (*Rev. de Chir.*, juin.) — 50 cas de colotomie inguinale gauche, par Allingham. (*Brit. med. journ.*, 14 mai.) — Implantation ilio-colique, résection de l'intestin pour anus artificiel, par Colley. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVIII.) — Un cas de résection et de suture intestinales pour un anus artificiel suite d'une hernie gangrenée, par Richardson. (*Boston med. journ* , 13 mars.) — De la colotomie, par Heath. (*Brit. med. j.*, 4 juin.) — Sur les avantages rerelatifs de la colotomie et de la résection sacrée pour la formation d'un anus artificiel, par Montgomery. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.) — Sur deux cas d'atrésie ano-urétrale congénitale, par Ceccopieri. (*La Riforma medica*, 12 février.) — Traitement de l'imperforation de l'anus, par Cripps. (*Brit. med. journ.*, 4 juin).

Aorte. — Développement des aortes chez l'embryon de poulet, par Vialleton. (*Journ. de l'Anat.*, janvier.) — Des pulsations de la crosse de l'aorte au point de vue physiologique et pathologique, par Marcellin. (*Thèse de Montpellier.*) — A propos de la guérison d'un cas de rétrécissement aortique, par Borgherini. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXI, 1.) — Rétrécissement congénital de l'aorte, par Potain. (*Gaz. hebd. Paris*, 18 juin.)

Appareil. — Un nouveau stérilisateur, par Mally. (*Ann. de gynéc.*, mai.) — Appareil pour évaporer dans le vide à température variable et fixe, par Guinochet. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 3.) — Un algésimètre, par J. Hess. (*Deutsche med. Woch.*, 10, p. 210.) — Des appareils portatifs en bois (corsets pour les déviations vertébrales), par Rosenfeld. (*Münch. med. Woch.*, 17, p. 285.)

Artère. — Recherches expérimentales et cliniques sur la circulation du sang dans les artères vertébrales, par Dewèvre. (*Rev. de méd.*, mai.) — Tension artérielle élevée, par Foxwell. (*Lancet*, 25 juin.) — Hypertension artérielle, par Huchard. (*Gaz. hebd. Paris*, 12 mars). — Hypotension artérielle, par Huchard. (*Ibid.*, 21 mai.) — Artério-sclérose généralisée, alcoolisme, asystolie aiguë, delirium tremens, gros foie avec ascite, insuffisance aortique, par Gastou. (*Arch. de méd.*, juillet.) — Le vertige dans l'artério-sclérose, par Church. (*Boston med. journal*, 30 juin et *Med. News*, 25 juin.) — Artério-sclérose généralisée, mort par urémie, par Sergent, (*Bull. soc. anat. Paris*, 1er avril, p. 261.) — Plaie de l'artère gastrique, par Manteuffel. (*St-Petersb. med. Woch.*, 10.) — Un cas de ligature de l'artère sous-clavière, par Piccinini. (*Raccoglitore med.*, XIII, 8.)

Articulation. — Rôle du ligament rond dans l'articulation coxo-fémorale, par Gilis. (*Soc. de biol.*, 2 juillet.) — Sur l'allongement des ligaments de la rotule et les troubles de la marche qui en résultent, par Shaffer. (*New York med. record,* p. 59, 16 janvier.) — Arthropathies multiples d'origine indéterminée, par Sevestre. (*Soc. méd. des hôp.*, 24 juin.) — Hydropisie intermittente des articulations, par Kœster. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, II,

5 et 6.) — Complications et suites des lésions tuberculeuses des articulations, par GIBNEY. (*New York med. record*, p. 344, 26 mars.) — Sur les tumeurs blanches consécutives à des tubercules des parties molles juxta-épiphysaires, par GANGOLPHE. (*Arch. prov. de Chir.*. I, 2.) — Étude d'ensemble sur l'anatomie et la physiologie pathologique des ostéo-arthrites tuberculeuses, déductions thérapeutiques, par MAUCLAIRE. (*Gaz. des hôp.*, 14 mai.) — Sur une variété peu étudiée de corps étrangers articulaires relevant de la synovite tuberculeuse, par COUDRAY. (6e *Cong. franç. Chir. Gaz. des hôpit.*, 30 avril.) — De l'arthrite fongueuse de l'articulation sterno-claviculaire, par BRETMANN. (*Thèse de Paris*, 16 juin.) — De la tuberculose de l'épaule, par KŒNIG. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIII, 4.) — Du traitement de la périarthrite scapulo-humérale, par DESCHE. (*Thèse de Paris*, 12 mai.) — De l'attitude rectiligne dans l'ankylose du coude au point de vue professionnel, par MARTIN. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Laxité congénitale de l'articulation radio-cubitale inférieure et subluxation consécutive de la tête du cubitus en arrière, par GUÉPIN. (*Soc. de biol.*, 2 juillet.) — Arthrite traumatique ; amyotrophie consécutive ; guérison rapide, par STAES-BRAME. (*Bull. méd. du Nord*, 6, p. 136.) — De la luxation congénitale de la hanche, par PHOCAS. (*Gaz. des hôp.*, 13 février.) — Cinq observations d'arthrite coxo-fémorale d'origine puerpérale (3 fois arthrite bilatérale), par PACI. (*Arch. di Ortopedia*, nº 6, 1891.) — Traitement de la coxalgie tuberculeuse, contracture et ankylose, par DOLLINGER. (*Zeit. f. orthop. Chir.*, I, 4.) — Résultats du traitement des affections de la hanche par l'appareil à traction portatif, par SAYRE. (*N. York med. j.*, 30 avril.) — Diagnostic et traitement de la coxalgie, par DE SAINT-GERMAIN. (*Bull. méd.*, 18 mai.) — De l'attitude du membre dans la coxalgie, par HEYDENREICH. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mai.) — Statistique sur l'arthrite tuberculeuse de la hanche, par POORE. (*N. York med. journ.*, 23 avril.) — 37 cas d'arthrite tuberculeuse de la hanche, 36 résections, par POLLARD et MARSHALL. (*Lancet*, 23 juillet.) — Jambes en ciseaux avec ankylose de la hanche, par H. PETIT. (6e *Cong. franç. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 3 mai.) — Opérations sur le genou de 1877 à 1892, service des enfants à St-Mary's free hospital, par POORE. (*N. York med. journ.*, 16 juillet.) — Arthrite purulente du genou droit chez un enfant de 2 ans. Arthrotomie, guérison; par FESTAL. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 mai.) — Extension forcée pour remédier à une flexion permanente à angle droit du genou droit, par GOLDTHWAIT. (*Boston med. journ.*, 5 mai.) — Corps étranger du genou, cartilage détaché par BURGHARD. (*Brit. med. j.*, 14 mai.) — Quelques remarques sur la résection de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil dans les cas d'ankylose, par DELORME. (6e *Cong. franç. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 26 avril.) — Polyarthrite infectieuse, arthrotomie, guérison, par POTHERAT. (6e *Cong. franç. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 3 mai.) — Observations d'arthrotomie, par J. BŒCKEL. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er mai.) — De la méthode sclérogène dans les ostéo-arthrites tuberculeuses, par LANNELONGUE. (6e *Cong. franç. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 19 avril.) — Traitement des articulations flottantes, par MONTAZ. (6e *Cong. franç. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 30 avril.) — De l'arthrodèse, par ROERSCH. (*Rev. de Chir.*, juin.) — De l'emploi du salicylate de soude dans l'entorse, par LABBÉE. (*Soc. de thérap.*, 11 juin.)

Asphyxie. — Asphyxie par submersion. Rapport médico-légal, par Paul CHAULET. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXVII, 165, février.) — Sur un nouveau moyen de remédier à la mort apparente par submersion, par LABORDE. (*Bull. acad. méd.*, 5 juillet.) — Traitement de l'asphyxie par submersion, par BROUARDEL. (*Ibid.*, 2 août.)

Astigmatisme. — L'ophtalmomètre de Javal et Schiotz et le diagnostic de

l'astigmatisme, par Woodward. (*N. York med. journ.*, 16 juillet.) — De l'astigmatisme comme élément de la réfraction et de son étude objective au moyen de l'ophthalmomètre de Javal et Schiotz (modèle de 1889), par Swasey. (*Boston med. journal*, 10 mars.) — De l'astigmatisme, par van Fleet. (*N. York med. journ.*, 9 juillet.) — Traitement de l'astigmatisme cornéen, par Martin. (*Ann. d'ocul.*, juin.) — La correction optique du kératocone, de l'astigmatisme régulier et cicatriciel, par Sulzer. (*Ann. d'ocul.*, mai.)

Asthme. — Étude des crachats chez les asthmatiques, pathologie de l'asthme bronchique, par Schmidt. (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 4.) — Des symptômes initiaux de l'asthme, par Goldschmidt. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 318, 28 mars.) — De l'asthme, par Potain. (*Semaine méd.*, 11 mai.) — Asthme nasal alternant avec un œdème circonscrit de la peau, par Réthi. (*Archivos int. di rinol.*, III, 16.) — L'asthme névrose réflexe, par Jones. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.) — Asthme des foins, par Watson. (*Bristol med. Chir. journ.*, juin.) — De l'asthme neurasthénique, par Bruegelmann. (*Therap. Monats.*, juin). — L'asthme, son origine purement nerveuse, traitement efficace, par Kimsear. (*N. York med. journ.*, 23 avril.)

Athétose. — L'athétose double, par Blocq. (*Gaz. hebd. Paris*, 23 juillet.)

Autoplastie. — Des opérations plastiques pour la cavité buccale, par Bardenheuer. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — Cas rare d'autoplastie de la face, par Credé. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — Autoplastie de la main, par Guermonprez. (6e *Cong. franç. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 3 mai.)

Avortement. — De l'avortement gémellaire, par Merle. (*Thèse de Paris*, 2 juin.) — Contribution à l'étude des rapports morbides de l'avortement et des affections oculaires, par H. Truc. (*Montpellier médical*, 13, p. 251.) Avortement habituel, par McKee. (*Americ. j. of Obst.*, juin.) — Placentite et avortement, par Gayford. (*Lancet*, 7 mai.) — 2 cas de rupture de l'utérus pendant l'avortement, par Hektoen. (*Americ. j. of Obst.*, juillet.) — Un cas d'avortement traité par la méthode d'Apostoli, par Harajewicz. (*Cent. f. Gynæk.*, 16 avril.) — Avortement provoqué rapide ou brusqué par le curetage pour affection cardiaque grave, par Doléris. (*Nouv. Arch. d'Obst.*, 25 mai.) — Hémorragie intrapéritonéale par avortement tubaire, laparotomie, guérison, par Jahreiss. (*Münch. med. Wochens.*, 9, p. 149.)

B

Bactériologie. — Nouveaux procédés pour la recherche des bactéries, par Unna. (*Berl. klin. Woch.*, 3 août.) — Technique pour la coloration rapide des bacilles tuberculeux sur les pièces ayant passé par le liquide de Müller, par Letulle. (*Gaz. hebd. Paris*, 28 mai.) — Méthode de coloration générale pour la recherche des microorganismes, par Salles. (*Soc. de biol.*, 7 mai.) — Technique bactériologique, par Wurtz. (*In-16*, 192 p., *Paris.*) — Quelques faits relatifs à la méthode de coloration de Lutsgarten, par Sabouraud. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 3.) — Sur l'examen microscopique direct des colonies dans leurs milieux de développement, par

SFORZA. (*Giorn. med. d. reale esercito*, 1.) — Recherches sur la technique bactériologique, par NUTTALL. (*Cent. f. Bakt.*, XI, 17.) — Technique de la culture des hyphomycètes, par UNNA. (*Centralbl. f. Bakt.*, XI, p. 4.) — Technique bactériologique : 1° aiguille de platine améliorée pour les recherches bactériologiques dans les autopsies ; 2° préparation des cultures en gouttes ; 3° occlusion des tubes à la paraffine ; 4° méthode pour se procurer du sérum sanguin stérile, par NUTTALL. (*Ibid.*, XI, p. 538.) — Procédé simple de culture avec différents gaz, par OGATA. (*Ibid.*, XI, p. 621.) — La croissance des bactéries sur les milieux nutritifs acides, par SCHLÜTER. (*Ibid.*, XI, p. 589.) — Un appareil pour la culture des microorganismes anaérobies, sur les milieux solides, transparents, par TRAMBUSTI. (*Ibid.*, XI, p. 623.) — Appareil pour priver les liquides de germer à basse température, par DZIERZGOWSKI et REKOWSKI. (*Ibid.*, XI, p. 685.) — Des cultures mixtes, par NENCKI. (*Ibid.*, XI, p. 225.) — Un petit tour de main dans la méthode de Gram pour la coloration isolée des bactéries, par BOTKIN. (*Ibid.*, XI, p. 231.) — Des noyaux et des divisions dans les bactéries, par SJÖBRING. (*Ibid.*, XI, p. 65.) — D'une nouvelle méthode d'emploi de bleu de méthylène phéniqué, par PREGL. (*Ibid.*, X, p. 826.) — Les méthodes de recherches dans la question de l'immunité, par BUCHNER. (*Ibid.*, X, p. 727.) — Analyse microbiochimique qualitative et quantitative, par BEYERINSCK. (*Ibid.*, X, p. 723.) — Appareil pour la prise des colonnes bactériennes, par FODOR. (*Ibid.*, X, p. 721.) — Sur un procédé de coloration à l'état vivant des cils ou flagella de certaines bactéries mobiles, par STRAUS. (*Soc. de biol.*, 18 juin.) — Filtration des liquides bactérifères et albumineux par les bougies en tuf scléreux, par BITTER. (*Zeitschr. f. Hyg.*, X, et *Hyg. Rundsch.*, II, 196.) — De l'influence des filtres minéraux sur les liquides contenant des substances d'origine microbienne, par ARLOING. (*Acad. des Sc.*, 20 juin.) — Les habitats des microbes, par GLEY et CHARRIN. (*Soc. de biol.*, 18 juin.) — Sécrétions microbiennes, leur formation, par ARNAUD et CHARRIN. (*Ibid.*, 4 juin.) — Leucocytose aiguë amenée par des produits bactériens, par KANTHACK. (*Brit. med. j.*, 18 juin.) — Variations des microbes, fonctions cellulaires, fonctions bactériennes, l'organisme, par CHARRIN. (*Semaine méd.*, 11 juin.) — La formation d'hydrogène sulfuré par les bactéries pathogènes, par PETRICH CLAASSEN. (*Deutsche med. Woch.*, 7, p. 149.) — Histologie des inflammations bactériennes aiguës, par LEWIN. (*Arbeiten aus dem. path.-anat. Institut zur Tübingen*, I, 1.) — Nouveaux faits concernant le rôle du système nerveux dans l'infection microbienne, par DACHE et MALVOZ. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 7.) — De la structure des bactéries, par ZETTNOW. (*Centralbl. f. Bakt.*, X, 21.) — Cause de la résistance des spores à la chaleur sèche, par E. CRAMER. (*Arch. f. Hyg.*, XIII, et *Hyg. Rundsch.*, II, 108.) — La microbiologie en Australie, étude d'hygiène et de pathologie comparée, par LOIR. (*Thèse de Paris*, 22 juin.) — Sur quelques récents progrès en bactériologie, par ERNST. (*Boston med. journal.*, 2 juin.) — Résultats pratiques des recherches bactériologiques, par STERNBERG. (*Americ. j. of med. sc.*, juillet.) — Rapports des bactéries et des maladies, par CROUCH. (*Med. News*, 9 avril.) — L'atténuation des microbes virulents, par NOVY. (*Bacter. World*, mars.) — Les microbes chromogènes, par GESSARD. (*Rev. scientif.*, 7 mai.) — Recherches biologiques sur quelques bactéries chromogènes, par GALEOTTI. (*Sperimentale*, XLVI, 3.) — Inoculations avec le bacille lumineux pathogène de Giard, par RUSSELL. (*Centralbl. f. Bakt.*, XI, p. 557.) — Contribution à l'étude de la biologie du bacille de l'œdème malin, par PENZO. (*Ibid.*, X, p. 822.) — De l'humeur aqueuse, microorganisme et immunité, par METCHNIKOFF. (*Journ. of path. and bacter.*, 1.) — Des centres nerveux comme milieux de culture et de l'inoculation directe dans

ces centres des bacilles du charbon et de la tuberculose, par Vassale. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 1.) — Sur la présence et la nature de la substance phylacogène dans les cultures liquides ordinaires du bacille anthracis, par Arloing. (*Acad. des Sc.*, 27 juin.) — Des paralysies produites par le bacille d'Escherich, par Gilbert et Lion. (*Soc. de biol.*, 13 fév.). — Sur la vaccination du lapin contre le vibrio avicide et sur l'action curative du sérum de lapin immunisé contre l'infection par le vibrio avicide, par Bruhl. (*Ibid.*, 16 juillet.) — Transmission héréditaire de caractères acquis par le bacillus anthracis sous l'influence d'une température dysgénésique, par Phisalix. (*Ibid.*, 26 mars.) — Expériences sur l'état des bactéries du charbon du choléra, de la fièvre typhoïde et de la tuberculose dans les cadavres d'animaux enfouis en terre, par Petri. (*Arbeiten aus d. k. Gesundhamte*, VII, et *Hyg. Rundsch.*, I, 726, 1er sept.) — D'un microbe ressemblant au bacille de l'influenza, trouvé dans la salive de quelques animaux domestiques, par Flocca. (*Centralbl. f. Bakt.*, XI, p. 406.) — Recherches cliniques, anatomiques et bactériologiques sur la maladie de Riga (aphthes cachectiques), par G. Pianese. (*Riforma medica*, 5 mars.) — Description d'un bacille de la suppuration recueilli dans la terre, étude du tétanos, par Bolton. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — Sur les genres cladothrix, streptothrix, actinomyces et description de deux streptothrix nouveaux, par Sauvageau et Radais. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 4.) — Les microbes des voies aériennes, par Barbier. (*Rev. gén. de Clin.*, 9, p. 129.) — De la formation de pigment du bacille pyocyanique, par Rohrer. (*Centralbl. f. Bakt.*, XI, p. 329.) — Abolition persistante de la fonction chromogène du bacillus pyocyaneus, par Charrin et Phisalix. (*Soc. de biol.*, 25 juin, et *Acad. des Sc.*, 27 juin.) — Modifications de la thermogenèse dans la maladie pyocyanique, par Charrin et Langlois. (*Soc. de biol.*, 21 mai.) — Contribution à la biologie du bactérium coli commune et du bacille typhique, par Péré. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 7.) — Étude sur le bactérium coli commune, par Macaigne. (*Thèse de Paris*, 5 mai.) — Sur les résultats expérimentaux de l'association du streptocoque et du bacille typhique, par Vincent. (*Soc. de biol.*, 2 juillet.) — Sur la mutabilité de quelques caractères biologiques du bactérium coli commune, par Burci. (*Rivista gen. Ital. di Clin. Medica*, 6, p. 137.) — Anaérobiose du bacille commun de l'intestin et de quelques autres bactéries, par Ide. (*La Cellule*, VII, 2.) — Bacille d'Éberth et bacillus coli, expériences comparatives sur quelques effets pathogènes, par Rodet et Roux. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 3.) — De la virulence du bactérium coli commune, par Lesage et Macaigne. (*Ibid.*) — Bactérium coli commune et bacille d'Éberth, par Roux. (*Lyon méd.*, 29 mai.) — Bacille d'Éberth et bacillus coli, quelques faits relatifs à la fermentation de la galactose et de la lactose, par Rodet et Roux. (*Soc. de biol.*, 7 mai.) — Analyse bactériologique d'un rein suppuré, bactérium coli, par Rodet. (*Lyon méd.*, 7 fév.) — La question de l'identité du bacille d'Éberth et du bacillus coli, par Trambusti. (*Cent. f. allg. Path.*, III, 8.) — Caractères distinctifs entre le bacille typhique et le bactérium coli commune, par Smith. (*Centralbl. f. Bakt.*, XI, p. 367.) — Étude des microorganismes des huîtres, par d'Alessandro. (*Riv. int. d'igiene*, III, 4 et 6.)

Bain. — Les bains populaires, par Baumann. (*Thèse de Paris*, 19 mai.) — Indication et composition des bains sulfureux, par Barthelemy. (*Progrès médical*, 24 juin.) — Les indications des bains froids dans le traitement des bronchopneumonies, par Hutinel. (*Bull. méd.*, 11 mai.)

Bassin. — De l'hématocèle pelvienne intra-péritoniale, par Binaud. (*Thèse de

Bordeaux.) — Marche et symptômes de la cellulite pelvienne chez la femme, par Simpson. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XX.) — A propos d'un cas d'abcès pelvien traité par la laparotomie et la castration utérine, par Rouffart. (*La Clinique, Bruxelles*, 28 janv., et *Arch. de tocol.,* avril.) — Pathologie des inflammations pelviennes, par Fitz. (*Boston med. Journal*, 19 mai.) — Histoire naturelle de la suppuration dans le bassin, par Price. (*Americ. j. of obst.*, juin.) — Traitement des suppurations pelviennes, par Routier. (6e *Cong. franç. chirur. Gaz. des hôpitaux*, 19 avril.) — Des conditions essentielles pour réunir dans la réparation du plancher pelvien, par Reynolds. (*Boston med. Journal*, 26 mai.) — Des bassins à double synostose sacro-iliaque, par Paccaud. (*Thèse de Lyon.*) — Un bassin cyphotique, par Weyscheider. (*Arch. f. Gynaek.*, XLII, 2.)

Bec-de-lièvre. — Sur la position de Rose dans l'opération des becs-de-lièvre compliqués, par Phocas. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 316.) — Opération de bec-de-lièvre, par Piéchaud. (6e *Cong. franç. chirur. Gaz. des hôpit.*, 30 avril.)

Beriberi. — Beriberi, causes et traitement, par Scott. (*Practitioner,* mai.)

Biliaire. — Composition et écoulement de la bile chez l'homme, par Paton. (*Brit. med. journ.*, 7 mai.) — Recherche de la bile dans l'urine des ictériques, par Vitali. (*L'orosi*, 2.) — Sur la réaction des acides biliaires et leur différence chez le bœuf et le cobaye, par Schiff. (*Arch. de phys.*, IV, 3.) — Pathogénie des infections biliaires, par Guarnieri. (*Riv. gen. ital. di clin. med.*, 31 mai.) — Obs. sur la lithiase biliaire avec et sans ictère, par Riedel. (*Berlin.*) — Lithiase biliaire, angiocholite suppurée, oblitération du canal cholédoque par un gros calcul, par Michel-Dausac. (*Soc. anat. Paris*, 3 juin.) — Des lésions de la vésicule biliaire dans la lithiase, par Delbecq. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Deux cas mortels d'obstruction du canal cholédoque, par Eshner. (*Med. News*, 23 août.) — Oblitération partielle de la vésicule biliaire chez un nouveau-né, par Thompson. (*Edinb. med. j.*, juin.) — Volumineux calcul hépatique passé par le rectum sans colique préliminaire, par Short. (*Brit. med. j.*, 14 mai.) — Kyste par rétention de la vésicule biliaire, par Mixter. (*Boston med. Journal*, 28 avril.) — Épithélioma primitif de la vésicule biliaire, propagation secondaire au foie et à un fibrome du mésentère, par Collinet. (*Bull. Soc. anat. Paris*, 1er juillet.) — Des opérations chirurgicales sur les voies biliaires, résultats immédiats et éloignés, par Terrier. (6e *Cong. franç. chir. Gaz. des hôpit.*, 28 avril.) — Des opérations chirurgicales sur les voies biliaires, par L.-H. Petit. (*Union médicale*, 26 avril.) — Chirurgie de la vésicule biliaire, par Richardson. (*Boston med. Journal,* 28 avril.) — Des opérations applicables au traitement de la vésicule biliaire, par Péan. (*Gaz. des hôp.*, 16 avril.) — Du traitement chirurgical des calculs biliaires et de l'hydropisie de la vésicule, par Ignatow. (*Chirurg. Westnik*, oct.) — Sur le traitement chirurgical de la lithiase biliaire, par Poulsen. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIV, 16.) — Interventions chirurgicales sur les voies biliaires, par Terrillon. (*Bull. de thérap.*, 15 juin.) — Traitement chirurgical des calculs biliaires, par Sieur. (*Arch. de méd.*, juillet.) — Deux cas de cholécystotomie, par Cabot. (*Boston med. Journal*, 28 avril.) — Quelques opérations sur le foie et les voies biliaires, cholécystotomie idéale, cholédochotomie avec cholédochorraphie, par Doyen. (*Arch. prov. de chir.*, I, 2.) — Cas de cholécystotomie, par Gay. (*Boston med. Journal*, 28 avril.) — Fistule biliaire, incrustation totale de la vésicule, cholécystotomie, guérison, par Paci. (*Rivista gener. ital. di Clin. med.*, 20 juillet.)

— Cholécystotomie avec extraction de 23 calculs biliaires, suivie à 6 mois d'intervalle de cholécystectomie, par DE WANDRE. (*Ann. Soc. méd. d'Anvers*, p. 11, janvier.) — Quelques résultats immédiats et éloignés d'opérations pratiquées sur les voies biliaires, par TERRIER. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Blennorragie. — Recherches de clinique et de bactériologie sur le rhumatisme blennorragique, par JACQUET. (*Ann. de dermat.*, III, 6.) — Des atrophies musculaires d'origine blennorragique, par OUDIN. (*Soc. de dermat.*, 7 juillet.) — De l'urétrite blennorragique chez la femme, par BOYER. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — De la gonorrée ascendante chez la femme, étude bactériologique et clinique sur la biologie du gonococcus, par WERTHEIM. (*Arch. f. Gynaek.*, XLI, 1.) — Première blennorragie à longue incubation, rhumatisme à l'état latent pendant 24 jours, brusquement déclaré le 25e jour à la fin d'un voyage, par LEMONNIER. (*Soc. franç. de dermat.*, 9 juin.) — De la fonction de la tunique vaginale dans l'orchite aiguë blennorragique, par TRÉKAKI. (*Gaz. méd. Paris,* 16 avril.) — Diagnostic et traitement de l'urétrite blennorragique, par JANET. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, avril.) — De la péritonite blennorragique, par WERTHEIM. (*Cent. f. Gynaek.*, 21 mai.) — Blennorrée des vésicules séminales, spermato-cystite, par ROBINSON. (*Med. News,* 7 mai.) — Un cas de cowpérite et de prostatite suppurée, dans la blennorragie aiguë, section du périnée, guérison, par POLLAK. (*Wien. med. Presse*, 49.) — Traitement de la blennorragie chronique, par PHILIPPSON. (*Deutsche med. Woch.*, 7, p. 142.)

Bouche. — Des kystes dermoïdes et mucoïdes médians de la langue et du plancher de la bouche, par CAYE. (*Thèse de Paris*, 24 mai.) — L'antisepsie de la bouche et de la gorge en temps d'épidémie, par E. VALLIN. (*Revue d'hyg.*, XIV, 97, février.) — La stomatite ulcéro-membraneuse, par ESSAUTIER. (*Dauphiné méd.*, 1er mars.) — Considérations générales sur la pathogénie de la stomatite mercurielle aiguë, à propos d'un cas de stomatite pseudo-membraneuse d'origine hydrargyrique, par DE SAINT-GERMAIN. (*Journ. des conn. méd.*, 12 mai.) — Sur la pathogénie de la stomatite mercurielle, par LERMOYEZ. (*Bull. méd.*, 22 juin.)

Branchie. — Sur la physiologie de la branchie, par Léon FREDERICQ. (*Travaux du Laboratoire de physiologie de Liège*, p. 187.) — Fistules branchiales à paroi complexe, gaine musculaire striée, glandules et diverticules, par LEJARS. (*Progrès médical*, 13 février.)

Bronche. — De l'hypertrophie simple des ganglions bronchiques, par THOMAS. (*Rev. mal. de l'enf.*, juin.) — De la bronchite fibrineuse, par KOCH. (*St Petersb. med. Woch.,* 29 fév.) — Deux cas de bronchite, dont une mortelle, par PARIS. (*Revue médic. Suisse romande*, XII, 59.) — Bronchite et bronchopneumonie, pleurésie, eczéma impétigineux, par DAVEZAC. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 mai.) — Traitement de la bronchite bacillaire par la méthode indirecte, par GAVOY. (*Gaz. méd. Paris*, 23 avril.)

Brûlure. — Traitement des brûlures par le thiol, par BIDDER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — Brûlure ancienne de la main droite, cicatrice vicieuse, autoplastie par la méthode aérienne, par JALAGUIER. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 206.) — Brûlure ancienne avec flexion de la jambe sur la cuisse, redressement et ténotomie, greffes de Thiersch, par RENARD. (*Bull. méd. du Nord*, 8, p. 169.)

C

Cancer. — Evolution cellulaire et parasitisme dans l'épithélioma, par Borrel. (*Thèse de Montpellier.*) — Etiologie du cancer, par Woodhead. (*Lancet*, 7 mai.) — Travaux récents sur le cancer, par Beneke. (*Schmidt's Jahrb.*, 4.) — Des parasites du cancer, par Foa. (*Gaz. med. di Torino*, 20, et *Giornale Accademia di med. di Torino*, janvier, p. 125.) — Du parasitisme dans le cancer, des sporozoaires des tumeurs cancéreuses, par Podwyssozki et Sawtschenko. (*Cent. f. Bakt.*, XI, 16.) — Sur les pseudo-coccidies des cancers épithéliaux, par Fabre-Domergue. (*Soc. de biol.*, 23 avril.) — Cachexie cancéreuse aiguë, par Roché. (*Rev. gén. de clin.*, 19, p. 153.) — Cancroïde de la lèvre inférieure guéri par deux injections de lymphe humaine, par Magnant. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juillet.) — Sur quelques points de pratique concernant le cancer, par Simon. (*St. Thomas's hosp. Rep.*, XX.) — De la coexistence de deux cancers primitifs chez le même sujet, par Bard. (*Arch. de méd.*, mai.) — Cancer secondaire des côtes, des vertèbres et de l'ovaire après ablation d'un cancer mammaire avec myome de l'utérus, par Steven et Brown. (*Lancet*, 7 mai.) — Traitement des tumeurs malignes par la pyoctanine, par Nanu. (6e *Cong. franç. chir. Gaz. des hôp.*, 26 avril.) — Utilité des injections de liqueur de van Swieten dans le tissu des tumeurs d'aspect cancéreux, par Marage. (*Bull. soc. de laryng., Paris*, janvier.) — Le traitement du cancer par les caustiques, par D. Lewis. (*N. York med. record*, p. 175, 13 février.)

Cartilage. — Histogenèse des fibres élastiques dans le cartilage réticulé et les ligaments, par Heller. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIV, 6.) — Chondrite costale aiguë idiopathique à staphylocoques, par Dumont. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte,* 15 décembre 1891.)

Cellule. — La division indirecte des cellules, par Vialleton. (*Rev. scientif.*, 28 mai.) — Etude des cellules éosinophiles, par Bergonzini. (*Rassegna di sc. med.*, mars.) — De la division du noyau et de la division cellulaire dans les tumeurs épithéliales, par Borrel. (*Journ. de l'anat.*, mars.) — Les cellules plasmatiques d'Unna, par Jadassohn. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1278, février.)

Cerveau. — Sur l'origine centrale de la portion semi-lunaire de la substance grise des pédoncules cérébraux, par Bumm. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, II, 2 et 3.) — Sur l'origine et le cours des pédoncules cérébelleux et sur leurs rapports avec les autres centres nerveux, par Marchi. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 2.) — Contribution à l'anatomie pure pédonculaire et en particulier du locus niger, par Amaldi. (*Rev. sper. di freniat*, XVIII, 1.) — La structure des lobes optiques chez l'embryon du poulet, par van Gehuchten. (*La Cellule*, VIII, 1.) — L'aire corticale Rolandienne, par Dupuy. (*Brain*, n° 58.) — Nouvelle méthode de préparation du cerveau, par Stieda. (*Neurol. centralb.*, 1er mars.) — De la destruction de la glande pituitaire chez le chat, par Marinesco. (*Soc. de biol.*, 11 juin.) — Le poids du cerveau et de l'écorce cérébrale des mammifères rapporté à leurs facultés psychiques, par Snell. (*Münch. med. Woch.*, 6, p. 98.) — Rapports entre le poids du cerveau et de ses parties et la stature et la masse du corps, par Marshall.

(*Journ. of anat.*, juillet.) — Recherches sur la circulation cérébrale pendant l'activité psychique sous l'action des poisons intellectuels, par DE SARLO et BERNARDINI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 1.) — Du physiologisme cérébro-spinal et de ses rapports avec les types morbides primitifs et secondaires, par SÉNAC-LAGRANGE. (*Ann. d'hydrol.*, XXXVII.) — Sur les centres psycho-moteurs de la parole articulée, par RAUGÉ. (*Bull. méd.*, 29 juin.) — Etude des pulsations du cerveau, par TITZE. (*Arch. f. exper. Path.*, XXIX, 5 et 6.) — De la pression cérébro-spinale, par DEAN. (*Journ. of path. and bact.*, 1.) — Recherches sur les centres et voies optiques, remarques sur l'hémianopsie corticale et l'ataxie, par V. MONAKOW. (*Arch. f. Psych.*, XXIV, 1.) — Etude du cerveau dans son action mentale, par WARNER. (*Med. Magazine*, juillet.) — Sur un appareil destiné à évoquer les images motrices graphiques chez les sujets atteints de cécité verbale, application à la démonstration d'un centre moteur graphique fonctionnellement distinct, par J.-B. CHARCOT. (*Soc. de biol.*, 11 juin, et *Progrès médical*, 18 juin.)— Contribution à l'étude des douleurs d'origine centrale; un cas de ramollissement du bulbe, par Ludwig MANN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 244, 14 mars.) — Paralysie pseudo-bulbaire à forme cérébrale, par LERESCHE. (*Rev. médic. Suisse romande,* XII, 169, mars.) — Les modifications des conduits optiques dans le chiasma, suite d'une atrophie optique unilatérale, par WILLIAMSON. (*Brain,* n° 78.) — Des troubles centraux de la parole, de l'écriture et de la lecture (aphasies), par A. GOLDSCHEIDER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 25 janvier.) — 3 cas de thrombose du sinus longitudinal supérieur, par DU PASQUIER. (*Rev. mal. de l'enf.*, mars.) — Hémiplégie du côté droit, hémiopie à gauche, par plaie du cerveau, par POTTS. (*Journ. of nerv. dis.*, avril.) — De la dégénérescence des fibres du corps calleux, par M. et Mme DEJERINE. (*Soc. de biol.*, 25 juin.) — Des troubles psychiques dans la sclérose disséminée, par SPIEGEL. (*Inaug. Diss., Berlin*, 1891.) — Hallucinations unilatérales chez une femme ayant une lésion circonscrite du cerveau, par TOULOUSE. (*Gaz. des hôp.*, 31 mai.) — Un cas de cécité psychique et d'hémianopsie, par WILBRAND. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, II, 5 et 6.) — Le traitement des malades atteints d'hémiplégie suite d'hémorragie cérébrale, par LESZYNSKY. (*N. York med. journ.*, 20 février.) — Hémorragie cérébrale pouvant se localiser, d'après les symptômes, dans le segment postérieur de la couche optique, la partie attenante de la capsule interne, une portion du tractus optique, par EISENLOHR. (*Deutsche med. Woch.*, n° 4, p. 81.) — Deux cas d'hémorragie cérébrale, par BOYD. (*Edinb. med. j.*, juin.) — Les amnésies, par ROUILLARD. (*Gaz. des hôp.*, 7 mai.) — Essai sur l'amnésie rétro-antérograde dans l'hystérie, les traumatismes cérébraux et l'alcoolisme chronique, par SOUQUES. (*Rev. de méd.*, mai.) — Ramollissement de la capsule interne, lésion trophique du côté opposé du corps, mort par gangrène et hémorragie pulmonaires, par DUNN. (*Brit. med. j.*, 21 mai.) — Aphasie par déshydrémie cérébrale (mutisme hystérique), par CHOUPPE. (*Soc. de biol.*, 9 juillet.) — Pathologie microscopique du traumatisme cérébral, par MILE. (*Journ. of path. and bacter.*, 1.) — Etude des tumeurs cérébrales, par BARKER. (*N. York med. journ.*, 25 juin.)— Un cas d'état latent de tumeurs multiples du cerveau, de tumeurs volumineuses du poumon et de sarcome de l'abdomen, par EWALD. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 76, 25 janvier.) — Microcéphalie avec encéphalocèle double, par MOUSSOUS. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 juin.) — Grosse tumeur cérébrale de la région rolandique gauche sans phénomènes paralytiques correspondants, par PICCHINI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXI, 1.) — Tumeur cérébrale, par RORIE. (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — Chirurgie des tumeurs cérébrales, par ERB. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, II, 5 et 6.) — Hydrencéphalocèle, extirpa-

tion, guérison, par Fegen. (*Lancet*, 4 juin.) — Du traitement de l'hydrocéphalie vraie, par Chapdelaine. (*Thèse de Paris*, 18 mai.) — Vacuolisation des noyaux des cellules nerveuses de l'écorce dans deux cas de commotion cérébrale, par Macpherson. (*Lancet*, 21 mai.) — Mécanisme des plaies du cerveau, par Miles. (*Brain*, n° 78.) — Chirurgie du cerveau, par Poirier. (6e *Cong. franc. Chir.*, *Gaz. des hôp.*, 3 mai et *Bullet. méd.*, 6 juillet.) — De la chirurgie cérébrale moderne, par Kirchoff. (*Therap. Monats.*, juin.)

Cervelet. — Abcès cérébelleux, trépanation, guérison, par Dean. (*Lancet*, 30 juillet.) — Nouvelles obs. d'absence du vermis cérébelleux, par Rossi. (*Sperimentale*, XLVI, 3.) — Hypothermie dans un cas de tubercule isolé du cervelet comprimant le bulbe et le pont, par Guizzetti. (*Sperimentale*, XLVI, 2.) — Tumeur du cervelet, par Preston. (*Journ. of nerv. dis.*, avril.)

Césarienne (Op.) — Un cas d'opération de Porro pour étroitesse du bassin par ostéomalacie, par Everke. (*Deutsche med. Woch.*, n° 4, p. 72.)

Chancre. — Du streptobacille du chancre mou, par Unna. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIV, 12.) — Traitement des chancres sous phimosis, par Cordier. (*Lyon méd.*, 24 avril.)

Charbon. — Influence du système nerveux sur l'évolution de l'infection charbonneuse, par Frenkel. (*Soc. de biol.*, 23 juillet.) — Recherches sur la virulence de la bactéridie, par Mlle Tsiklinski. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 7.) — Influence du virus charbonneux sur le développement de la tuberculose, par Bokenham. (*La Riforma medica*, 16 février.) — L'immunité consécutive à la vaccination charbonneuse préserve-t-elle de la tuberculose ? par E. Perroncito. (*Giornal Accad. di medic. di Torino*, p. 163, février.) — Du traitement de la pustule maligne, par Cucco. (Broch. *Palerme*.)

Chimie. — La chimie dans les écoles de médecine, par Hugounenq. (*Rev. scientif.*, 19 avril.)

Chirurgie. — Statistique des opérations pratiquées au Mans de 1891 à 1892, par Delagenière. (Broch. *Paris*.) — Compte rendu de chirurgie générale par G. de Ruyter et E. Kirchhoff (*Berlin*.) — Rapport sur la clinique chirurgicale de l'Université royale de Munich, par Klaussner. (*Münch. med. Woch.*, 5, p. 69.) — Du choc chirurgical, par Packard. (*N. York state med. soc.*, 2 février.)

Chlorose. — De la chlorose, par Nothnagel. (*Wien. med. Presse*, n° 51, 1891.) — Traitement de la chlorose par l'acide chlorhydrique, par White. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVIII.) — Du traitement de la chlorose par le soufre, par Hugo Schulz. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 295, 28 mars.) — De la saignée dans la chlorose et l'anémie, par Schubert, (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 344, 4 avril.) — Nouvelles expériences sur la saignée dans la chlorose et l'anémie, par Schubert. (*Wiener med. Presse*, 5 juin.)

Choléra. — Le choléra, histoire d'une épidémie, Finistère 1885-86, par Monod. (in-8°, *Paris*.) — La défense de l'Europe contre le choléra, par Proust. (in-8°, 459 p., *Paris*.) — Choléra observé à bord des navires de la division navale de l'Extrême-Orient, par Commo. (*Arch. de méd. nav.*,

juin.) — Les observations des médecins de l'Inde anglaise en ce qui touche l'étiologie du choléra, par Knueppel. (*Zeitschr. f. Hyg.* X et *Hyg. Runds.* II, 9.) — Choléra indien ou choléra nostras, par Peter. (*Semaine méd.*, 25 mai.) — Le choléra indien, par Peter. (*Ibid.*, 31 juillet.) — A propos du choléra nostras, par Camescasse. (*Ann. de méd.*, 3 août.) — Etudes microscopiques sur le sang et les excrétions dans le choléra, par Lehir. (*Indian med. Gaz.*, avril.) — Le choléra asiatique chez le cobaye, par Haffkine. (*Soc. de biol.*, 9 juillet.) — Le choléra asiatique chez le lapin et chez le pigeon, par Haffkine. (*Ibid.*, 16 juillet.) — Inoculations de vaccins anticholériques à l'homme, par Haffkine. (*Bull. méd.*, 31 juillet.) — Procédé commode pour administrer l'acide lactique lors des épidémies de diarrhée cholériforme, par Pauthier. (*Bull. de thérap.*, 30 juillet.) — Sur le système sanitaire adopté par la conférence de Venise pour empêcher le choléra de pénétreren Europe par l'isthme de Suez, par Brouardel. (*Acad. des sc.*, 20 juin.)

Chorée. — Chorée rythmée de nature hystérique, par Roque. (*Lyon méd.*, 17 juillet.) — Chorée et épilepsie gravidiques, par Marx. (*Americ. j. of obst.*, mai.) — De la chorée chez les enfants dans ses rapports avec la dentition, par Brochet. (*Thèse de Montpellier.*) — Chorée héréditaire; trois cas et une autopsie, par W. Sinkler. (*N. York med. record,* p. 281, 12 mars.) — Un cas de chorée d'Huntington, par Greppin. (*Arch. f. Psych.*, XXIV, 1.) — Chorée aiguë généralisée, par Bringier. (*Med. News*, 30 avril.) — De la chorée, ses rapports avec le rhumatisme et les affections cardiaques, par Walton et Vickery. (*Americ. j. of Med. sc.*, mai.) — Les chorées, par Martin. (*Union médicale*, 7 juillet.) — De la chorée chronique congénitale, par Schlesinger. (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 4.) — Production expérimentale d'une maladie à mouvements choréiformes chez le chien, par Triboulet. (*Soc. de biol.*, 9 avril et *Rev. mal. de l'enf.*, mai.) — Sur le traitement de la chorée par l'exalgine, par Moncorvo. (*Bull. de thér.*, 30 mai.) — Traitement de la chorée par l'exalgine, par Dana. (*Journ. of nerv. dis.*, juillet.)

Choroïde. — Sur la choroïdite métastatique puerpérale, par Rancurel. (*Thèse de Paris,* 13 juillet.) — Groupe de tubercules dans la choroïde, par Morton. (*Brit. med. journ.*, 4 juin.)

Chylurie. — Un cas de chylurie, par W. Merkel. (*Münch. med. Woch.*, 9, p. 154.)

Cicatrice. — Chéloïdes du lobule de l'oreille, par Estrada. (*Soc. de dermat.*, 7 juillet.) — Difformités des cicatrices du cou à la suite des adénites tuberculeuses, par Ménard. (*Bull. méd.*, 24 juillet.) — Du traitement des cicatrices d'origine strumeuse de la région cervicale, par Calot. (6e *Cong. franc. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 30 avril.)

Circulation. — Influence de la position du corps sur le tracé sphygmographique, par Azoulay. (*Soc. de biol.*, 7 mai.) — Procédé pour rendre le pouls capillaire sous-unguéal plus visible, par Azoulay. (*Ibid.*, 9 août.) — Le pouls lent permanent, par Comby. (*Semaine méd.*, 6 juillet.) — Etudes sur le pouls, par J. von Kries. (Fribourg en Brisgau) — Le double souffle crural et la manière de l'obtenir, par Azoulay. (*Soc. de biol.*, 23 avril.) — Physiologie et pathologie générales de la circulation, par S. von Basch. (*Vienne.*) — Les explorations de pouls et leurs données à l'état sain comme à l'état morbide, par M. von Frey. (*Berlin.*)

Climat. — Action physiologique des climats de montagne, par VIAULT. (*Soc. de biol.*, 25 juin et *Acad. des sc.*, 27 juin.)

Cœur. — Nouvelle méthode pour déterminer le siège de la pointe du cœur, par LIVIERATO. (*Arch. ital. di Clin. med.*, XXXI, 1.) — Des mouvements trémulatoires du cœur chez les animaux nouveau-nés, par GLEY. (*Soc. de biol.*, 23 juillet.) — Les attitudes du corps comme méthode d'examen, de pronostic et de diagnostic dans les maladies du cœur, par AZOULAY. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Influence des mouvements musculaires physiologiques sur la circulation artérielle et cardiaque, par KAUFMANN. (*Arch. de phys.*, IV, 3.) — Où se forment les bruits du cœur, par SANDBORG. (*Progrès médical*, 9 avril.) — Sur la fragmentation du myocarde, par A. TEDESCHI. (XVI[e] *Congrès de l'Assoc. méd. ital. Sienne*, 16-20 août.) — Le surmenage du cœur, par OESTREICH. (*Berlin. klin. Woch.*, 330, 4 avril.) — Remarques critiques sur le travail d'Oestreich, par KREHL et E. ROMBERG. (*Ibid.*, p. 388, 18 avril.) — Réponse aux critiques précédentes, par OESTREICH. (*Ibid.*, p. 495, 16 mai.) — Réplique de KREHL et ROMBERG. (*Ibid.*) — De l'influence du travail forcé sur la tenue du cœur, par TAUSZK. (*Wiener med. Presse*, p. 497, 544, 583.) — Hypertrophie cardiaque de croissance, par COMBY. (*Bull. méd.*, 25 mai.) — De l'arythmie cardiaque consécutive aux lésions du myocarde, par GIOCANTI. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Différentes formes de douleur cardiaque, par CHEW. (*Med. News*, 18 juin.) — Névrites et névroses cardiaques, par LANCEREAUX. (*Bull. méd.*, 27 juil.) — Les cardiopathies artérielles, par LANCEREAUX. (*Bull. méd.*, 8 juin.) — Cardiopathies syphilitiques, par SEMMOLA. (*Bull. Acad. méd.*, 2 août.) — Des cardiopathies artérielles à type valvulaire, par FAURE-MILLER. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Sur les systoles stériles et la nature de la contraction cardiaque, par LAULANIÉ. (*Soc. de biol.*, 18 juin.) — Des troubles cardiaques par compression de l'artère coronaire gauche, par BETTELHEIM. (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 4.) — Étude clinique de la cardio-sclérose, artério-sclérose du cœur, cardiopathies artérielles, par HUCHARD. (*Rev. de méd.*, juin.) — L'artério-sclérose du cœur à type myo-valvulaire, par HUCHARD. (*Arch. de méd.*, juillet.) — Étude de l'asystolie, par BARD. (*Gaz. hebd. Paris*, 6 août.) — Absence d'orthopédie dans la dilatation cardiaque, affectant le côté droit, par HANDFORD. (*Lancet*, 25 juin.) — La dyspnée toxique dans les maladies du cœur et son traitement, par HUCHARD. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 mars.) — De la bradycardie, par W. OPITZ. (*Centralbl. f. klin. Med.*, 8.) — Note sur un cas de tachycardie par adénopathie trachéo-bronchique, asystolie, mort, par COLLEVILLE. (*Union méd. Nord-Est*, 3, p. 91.) — Sur une forme spéciale de cyanose s'accompagnant d'hyperglobulie excessive et persistante, par VAQUEZ. (*Bull. méd.*, 8 mai.) — De l'abaissement de la pression sanguine dans les rétrécissements aortiques, par LUEDERITZ. (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 4.) — Rétrécissement mitral avec pleurésie séreuse; injections de tuberculine faisant croire à tort à l'existence de tuberculose; ictère urobilinurique; mort par infarctus pulmonaire, par RENVERS. (*Berlin. klin. Wochen.*, p. 315, 28 mars.) — Rétrécissement mitral pur, par DUROZIEZ. (*Union médicale*, 20 février.) — Rétrécissement de l'artère pulmonaire et maladies congénitales du cœur, par COMBY. (*Progrès médical*, 28 mai.) — Rétrécissement valvulaire congénital de l'artère pulmonaire, par CLERVAY. (*Soc. anat. Paris*, 6 mai.) — Rétrécissement mitral et embolies, par PORTE. (*Lyon méd.*, 8 mai.) — Étiologie et pathogénie de la péricardite, par FABRE. (*Gaz. méd. Paris*, 18 juin.) — Les péricardites expérimentales et bactériques, par RUBINO. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 2.) — Des myocardites, par BEAUMÉ. (*Thèse de Paris*, 16 juin.) — Myocardite primitive suppurée

du septum, par Cénas. (*Loire méd.*, 15 mai.) — Endocardite ulcéreuse à marche insidieuse, donnant lieu à un anévrisme perforant de la valve aortique de la valvule mitrale chez un homme de 25 ans, par Ewald. (*Berlin. klin. Wochen.*, p. 76, 25 janvier.) — De l'endocardite maligne, par Taylor. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVIII.) — Sur un cas d'endocardite infectieuse, par Josserand et G. Roux. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 4.) — Caillot volumineux fibrineux organisé dans l'oreillette gauche du cœur, par Veillon. (*Soc. anat. Paris*, 13 mai.) — Dégénérescence kystique des fibres musculaires du cœur, par Meigs. (*Americ. j. of med. sc.*, mai.) — 2 cas d'absence partielle de la cloison interventriculaire (homme de 36 ans et enfant de 18 ans) et 1 cas d'absence partielle de la cloison interauriculaire (homme de 26 ans), par P. Guttmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 36, 11 janvier.) — Un cas d'anomalie de situation du cœur (refoulement en haut et à gauche) avec arrêt de développement de la moitié droite de la tête et du corps, consécutivement à une pleurésie de l'enfance avec symphyse du péricarde devenu adhérent à la plèvre, par Heimann et J. Rosenfeld. (*Berlin. klin. Wochens.*, 29 février et 18 avril.) — Gros tubercule du cœur, par Noel. (*Soc. anat. Paris*, p. 403, mai.) — Action de la digitale dans l'insuffisance aortique, par Balfour. (*Brit. med. journ.*, 4 juin.) — Les indications de la digitale dans les affections cardiaques, par Robin. (*Gaz. des hôp.*, 5 juillet.)

Conjonctif. — Les découvertes récentes relatives au développement du tissu conjonctif, par Retterer. (*Journ. de l'anat.*, mars.)

Conjonctive. — Anatomie des inflammations chroniques de la conjonctive, par Mutermilch. (*Ann. d'ocul.*, mai.) — Influence du traitement rhino-pharyngien dans la conjonctivite printanière, par Tétau. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.) — Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse, par Darier et Abadie. (*Arch. d'opht.*, février.) — Traitement chirurgical des granulations, par Wicherkiewicz et Abadie. (*Soc. franç. d'opht.*, 2 mai.) — Les boules hyalines ou corps colorables dans les tissus de la conjonctive enflammée, par Venneman. (*Ibid.*) — Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse, scarification, grattage et brossage, par Fourrey. (*Thèse de Paris*, 17 mai.) — Traitement des conjonctivites, par Dehenne. (*Rev. gén. de Clin.*, 5, p. 73.) — Les récents traitements de la conjonctivite granuleuse, par Verneuil. (*La Polyclinique Bruxelles*, 3.) — De l'épithélioma de la conjonctive bulbaire et du limbe scléro-cornéen, par Lagrange. (*Soc. franç. d'opht.*, 2 mai, et *Arch. clin. Bordeaux*, 1er mai.) — Gomme syphilitique de la conjonctive, par Fromaget. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 avril.)

Coqueluche. — Note clinique sur 300 cas de coqueluche, par Perret et Givre. (*Province méd.*, 28 mai.) — Bégaiement produit par la coqueluche, par Davies. (*Journ. of laryng.*, mai, p. 267.) — Les traitements de la coqueluche en 1892. (*Rev. gén. de Clin.*, 6, p. 87.)

Cornée. — Kératite parenchymateuse, pathogénie et traitement, par Loukaitis. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Un cas de ptérygion avec diplopie guéri par l'opération, par Hirschberg. (*Centralbl. f. prakt. Augenkeilk. sept.*, 1891.) — De la nature microbienne des kératites, par Gillet de Grandmont. (*Arch. d'opht.*, mars.) — Kératite dentitrique ou herpès, par Haltenhoff. (*Ann. d'ocul.*, juin.) — L'antisepsie cornéenne, par de Wecker. (*Arch. d'opht.*, avril.) — Traitement de certaines formes

d'ulcères de la cornée par le pansement antiseptique à demeure, par WARLOMONT. (*Soc. franç. d'opht.*, 2 mai.) — *Idem*, par BOURGEOIS. (*Ibid.*) — Rapide guérison de 2 cas de kératite parenchymateuse circonscrite par le galvanocautère, par ALBRAND. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 27, 11 janvier.) — Nouveaux cas de kératite parenchymateuse traités par le galvanocautère, par ALBRAND. (*Ibid.*, p. 220, 7 mars.) — L'onguent napolitain comme topique dans la kératite parenchymateuse et dans les taies cornéennes, par MITVALSKY. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, fév.) — 2 cas de tatouage coloré de la cornée, par ALBRAND. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 253, 14 mars.) — Un cas de mélanosarcome de la cornée, par BLANQUINQUE. (*Rev. d'opht.*, avril.)

Corps étranger. — Corps étranger du larynx, par SKINNER. (*Manchester clin. Soc.*, 26 avril.) — Corps étranger du larynx, par KOCH. (*Ann. mal. de l'or.*, juillet.) — Corps étranger de la trachée, trachéotomie, guérison, par BENTLIF. (*Brit. med. journ.*, 25 juin.) — Mort rapide due à l'obstruction des bronches par des matières alimentaires chez un alcoolique, par DELAMARRE. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Tuyau de pipe conservé dans l'orbite et le maxillaire supérieur, pendant 4 semaines, sans accidents graves, par DUJARDIN. (*Journ. sc. méd. Lille*, 15 avril.) — Inclusion d'une paillette métallique dans l'iris, par FERRON. (*Journ. méd. Bordeaux*, 13 mars.) — Des corps étrangers du cristallin, indication de l'intervention opératoire, par TERSON. (*Arch. d'opht.*, mars.) — Obs. d'un corps étranger de l'oreille, par MÉNIÈRE. (*Bull. Soc. de laryng. de Paris*, avril.) — Obstruction œsophagienne par un dentier, extraction 3 ans et demi après l'accident, par LENNOX BROWNE. (*Brit. laryng. assoc.*, 1er juillet.) — Grossesse au 8e mois, mort par péritonite par perforation due à un corps étranger de l'intestin (grain de café), par LIHOTZKY. (*Cent. f. Gynaek.*, 2 juillet.) — Symptômes et diagnostic des corps étrangers de l'utérus, par TANNEN. (*Cent. f. Gynaek.*, 16 juillet.) — Extirpation par la voie péritonéale d'une baguette de verre introduite dans l'utérus, par G. WYLIE. (*New York med. record.*, p. 513, 7 mai.) — Extraction d'un fragment de sonde rompue dans la vessie, par POSNER. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 126, 8 février.) — Corps étranger de la vessie, fragment d'agitateur, taille hypogastrique, par LEROY DES BARRES. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juillet.) — Des corps étrangers de la vessie, par KARLIN. (*Cent. f. Gynaek.*, 23 avril.)

Cou. — Cellulite aiguë primitive suppurée du cou, angine de Ludwig, par SHARKEY. (*S. Thomas's hosp. Rep.*, XX.) — Un cas d'aérocèle bilatérale du cou chez un pthisique, par L. IMBERT. (*Montpellier médical*, 11, p. 209.) — Cure radicale d'une fistule congénitale complète du cou par une méthode opératoire nouvelle, par CHALOT. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 285.)

Crâne. — La question de la résection temporaire des os du crâne, par TAUBER. (*Cent. f. Chir.*, 21 mai.) — Fracture de la base du crâne, issue de liquide céphalo-rachidien, paralysie faciale, guérison, par COLLINS. (*Journ. of nerv. dis.*, mai.) — 4 cas de traumatisme orbitaire suivis de cécité monoculaire par fracture au niveau du trou optique, par CALLAN. (*Journ. Americ. med. assoc.*, 5 mars.) — Fracture de la base du crâne avec méningite consécutive, par CHAVANNAZ. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 mai.) — Blessure grave du crâne et du cerveau, guérison rapide, par E. MARTIUS. (*Deutsche med. Woch.*, 3, p. 53.) — De la guérison des fractures du crâne, par CHAVIER. (*Rev. gén. de Clin.*, 17, p. 261.) — Plaie pénétrante du crâne

par balle de revolver, par Desprès. (*Gaz. des hôp.*, 16 juin.) — Des fractures du crâne, par G. von Knorre. (*Thèse Dorpat.*, 1891.) — Plaie pénétrante du crâne par une balle de revolver avec issue de substance cérébrale, sans aucun phénomène immédiat ou consécutif, guérison sans issue du projectile, par Berger. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 408.) — Traumatisme cranien, convulsions épileptiformes, trépanation, guérison, par Thomas. (*Brit. med. j.*, 30 avril.) — Plaie pénétrante du crâne par balle de revolver, par Picon. (*Bull. Soc. Anat. Paris*, 24 juin.) — 2 cas de craniectomie, par Chénieux. (6e *Cong. franç. chir. Gaz. des hôpit.*, 26 avril.) — Craniectomie exploratrice, par Girard. (*Ibid.*) — Craniectomie à lambeau chez un enfant arriéré, par Largeau. (*Ibid.*) — Craniectomie pour névrite optique double avec microcéphalie, par Miller. (*Brit. med. j.*, 23 juillet.) — Craniotomie à l'aide de la gouge, par Keppler. (*Wien. med. Presse*, 47.) — Amélioration mentale après les opérations sur le crâne, par Engel. (*Med. News*, 23 avril.) — Relation de trois cas de craniotomie, par Haven. (*Boston med. Journal*, 16 mars.) — Sur la signification de la dépression pariéto-occipitale, par Mingazzini. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 1.) — Sur un cas de paralysie et d'anesthésie faciale gauche déterminée par une carie tuberculeuse restreinte du rocher, par Prautois. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juillet.)

Criminel. — Notes sur les criminels, par Baker. (*Journ. of mental. sc.*, juillet.)

Cristallin. — De la position du cristallin dans l'œil humain à l'état de repos et d'activité de l'accommodation, par Knœpfler. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin.) — Guérison d'un aveugle de naissance, opération de cataracte congénitale double chez un sujet de 15 ans, par Bribosia. (*Arch. d'opht.*, février.) — La vision chez un aveugle de naissance opéré de la cataracte, par Grafé. (*Rev. scientif.*, 16 juillet.) — Plusieurs cas rares de cataracte congénitale, par Ziem. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, janvier.) — Les excroissances équatoriales du cristallin, par Topolanski. (*Ibid.*, mars.) — Un nouveau cas de lenticone postérieur avec persistance partielle de l'artère hyaloïdienne, par Mitvalsky. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, mars.) — Anatomie pathologique et pathogénie de la cataracte centrale, par Schirmer. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVII, 4. — De la cataracte zonulaire, par Dub. (*Ibid.*) — Cataracte traumatique développée brusquement à la suite d'une commotion du cristallin, par A. Barsanti. (*La Riforma medica*, 9 février.) — Traitement de la cataracte congénitale, par Dor. (*Soc. franç. d'ophth.*, 2 mai.) — Troubles cornéens consécutifs à l'extraction de la cataracte, par Nuel. (*Ibid.*) — De l'opportunité de l'intervention dans les cataractes traumatiques, par de Lapersonne. (*Ibid.*) — Nouveaux faits de suture de la cornée dans l'extraction de la cataracte, par Suarez de Mendoza. (*Ibid.*) — Quelques accidents des opérations secondaires, par Trousseau. (*Ann. d'ocul.*, mai.) — Sur l'origine des troubles cornéens consécutifs à l'opération de la cataracte, par Mellinger. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVII, 4.) — Luxations du cristallin, par Truc. (*Montpellier médical*, 18, p. 343.) — Nouvelle méthode de traitement des luxations complètes du cristallin, par Abadie. (*Soc. d'opht. Paris*, 5 juillet.)

Croissance. — Études zootechniques sur la croissance, par Cornevin. (*Arch. de phys.*, IV, 3.)

Cysticerque. — Sur une altération précoce occasionnée par la présence d'un cysticerque sous-rétinien, par Ziem. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*,

janvier.) — Cysticerque du cerveau, par SIMMONDS. (*Deutsche med. Woch.*, 4, p. 82.)

D

Dent. — Des rapports des dents avec l'oreille, par POLLAK. (*Cent. f. ges. Therap.*, X, 5.) — La première dentition dans ses rapports avec le rachitisme, par CARPENTER et PEDLEY. (*Lancet*, 14 mai.) — Des abcès et fistules du menton symptomatiques d'une lésion non apparente de la racine de l'une des incisives inférieures, par Gérard MARCHANT. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 270.) — De la périostite alvéolo-dentaire, par MARCHANDÉ. (*Rev. gén. de clin.*, 16, p. 245.) — De la greffe dentaire par restitution, par FERRIER. (Broch., *Paris.*)

Désinfection. — De l'action désinfectante des crésols et de la préparation de leurs solutions aqueuses neutres, par HAMMER. (*Arch. f. Hyg.*, XII et *Hyg. Rundsch.*, II, 26.)

Diabète. — Sur la glycosurie par l'oxyde de carbone et par le gaz d'éclairage, par GAROFALO. (*Bull. Accad. med. di Roma*, XVIII, 3.) — Sur le diabète azoturique compliqué de sueurs, par LEPARQUOIS. (*Thèse de Paris*, 24 mai.) — Sur quelques nouvelles recherches sur la glycosurie et l'acétonurie expérimentale, par GINO GALCETTI. (*Centralbl. für allg. Pathol.*, 15 avril.) — Comment se comporte la lactose dans le diabète sucré, par F. VOIT. (*Münch. med. Woch.*, 9, p. 145.) — Recherches récentes sur l'étiologie du diabète, par KRAMER. (*Journ. Americ. assoc.*, 23 juillet). — Sur la pathogénie du diabète, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, 24 juillet.) — Quelques points de l'étiologie et de la pathologie du diabète, par WILLIAMSON. (*Lancet*, 9 juillet.) — Recherches récentes sur l'origine pancréatique du diabète, par BARBIER. (*Gaz. méd. de Paris,* 25 juin.) — Des relations existant entre le diabète et les lésions du pancréas, par LÉPINE. (*Rev. de méd.*, mai.) — Diabète bulbaire à marche suraiguë, intégrité du pancréas, hypertrophie du ganglion semi-lunaire droit, noyau de sclérose bulbaire, par THIROLOIX. (*Bull. soc. anat. Paris*, avril, p. 277.) — Diabète sucré dans ses rapports avec les lésions nerveuses spontanées, par LÉVY. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.) — Diabète maigre chez un adolescent, perversion nutritive énorme, évolution rapide et consomptive, par JACQUET. (*Gaz. des hôp.*, 30 juin.) — Un cas de diabète insipide guéri par la suggestion, par MATHIEU. (*Soc. méd des hôpitaux*, 11 mars.) — Un cas de glycosurie causée par une lésion probable située près du quatrième ventricule, par STONE. (*Boston med. Journal*, 21 avril.) — Un cas de diabète maigre avec cachexie bronzée, par A. CASTAN et L. IMBERT. (*Montpellier médical*, 20.) — Les petits accidents du diabète, par DIEULAFOY. (*Ann. de méd.*, 10 février.) — Les diabétides génitales, par FOURNIER. (*Union médicale*, 2 juin.) — Mode de vie des diabétiques, par Wilhelm EBSTEIN. (*Wiesbaden.*) — Traitement du diabète, par Jacques MAYER. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 13, p. 318, 28 mars.) — Du traitement du diabète, par RALFE. (*Lancet,* 23 avril.) — Amputation dans le diabète, par SPENCER. (*Roy. med. and chir. soc.*, 14 juin.)

Diphtérie. — La diphtérie en Belgique, ses causes, sa prophylaxie, par GALLEZ. (*Mém. couron. Acad. de méd. de Belgique*, XI, 2.) — La diphtérie en

Belgique, par Godart et Kirchner. (*Ibid.*, XI. 4.) — Les causes du développement de l'angine diphtéritique en Belgique et les mesures prophylactiques propres à l'enrayer, par Baivy. (*Ibid.*, XI, 3.) — Relation d'une épidémie de diphtérie à Villefranche, propagation par le fumier de cheval, par Guyot. (*Lyon méd.,* 10 juillet.) — Etude bactériologique de la diphtérie, par Guelpa. (*Soc. de thérap.*, 8 juin.) — De la toxine du bacille de la diphtérie, par Guinochet. (*Soc. de biol.*, 28 mai ; *Acad. des sc.*, 30 mai et *Arch. de méd. exp.*, IV, 4.) — Sur la transformation des milieux nutritifs par les bacilles de la diphtérie et sur la composition chimique de ces microbes, par Driezzgowski et Rekowski. (*Arch. des sc. biol.*, *St-Petersbourg*, I, 1 et 2.) — Le poison et les essais de vaccination de la diphtérie, par Roger. (*Gaz. hebd. Paris*, 18 juin.) — Quelques faits relatifs à l'immunité contre la diphtérie, par Vaillard. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 4.) — Etiologie de la diphtérie des nourrissons, par Schlichter. (*Arch. f. Kinderh.*, XIV, 3.) — De la diphtérie chronique primitive du nez, par Concetti. (*Arch. ital. di laring.*, XII, 2 et *Arch. ital di pediat.*, 1.) — De l'albuminurie et du réflexe patellaire pendant et après la diphtérie, par Mackenzie. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XX.) — Obs. cliniques sur la diphtérie et le croup, par Wilson. (*Edinb. med. Journ.*, août.) —La diphtérie son traitement,par Fulton. (*Med. News,* 23 avril.) — Traitement de la diphtérie par le phénol sulforiciné, par Josias. (*Soc. de thérap.*, 22 juin et *Méd. moderne*, 28 avril.) — Note sur l'angine diphtéritique et en particulier sur son traitement par le pétrole, par Larcher. (*Bull. Acad. de méd. de Belgique*, VI, nº 2.) — Traitement de la diphtérie par le chlorure de zinc, par Wilhelmy. (*Deutsche med. Woch.,* nº 5, p. 99.) — Sur un traitement de la diphtérie par Prillié. (*Bull. Acad. méd.*, et *Bulletin méd.*, 8 juin,) — Sur le traitement de l'angine diphtéritique par la solution saturée de chlorure de zinc mélangée à la poudre de quinquina et au miel, par Florain. (*Bull. de thérap.,* 15 avril.) — Du traitement de la diphtérie par le sulfure de calcium, par Jaulmes. (*Thèse de Lyon*, janvier.) — Du méthyl violet dans la diphtérie, par Jaenicke. (*Therap. Monats.*, juillet.) — De la pulvérisation dans le traitement de la diphtérie, par Polo. (*Rev. de laryng.*, 15 juin.) — Traitement de la paralysie diphtéritique, par Cooke. (*Brit. med. j.*, 18 juin.) — Contribution à l'étude du croup et de son traitement, par Ragoneau. (*Rev. de laryng.*, 15 avril.) — Croup chez un enfant de 11 mois, trachéotomie, guérison, par Thiercelin. (*France méd.*, 22 avril.) — De la trachéotomie hâtive dans le croup, par Castelain. (*Bull. méd. du Nord*, 9, p. 204.) — Enquête sur le tubage du larynx, par Faulkner. (*Med. News*, 9 avril.) — Résultats du tubage de la glotte chez les diphtéritiques de la clinique d'enfants de Munich, par Jos. Hartmann. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 121, 15 février.) — Le traitement opératoire de la diphtérie à Furth de 1874 à 1892 (statistiques de trachéotomies et intubations), par W. Mayer. (*Münch. med. Woch.*, 14, p. 235.)

Dysenterie. — Une épidémie de dysenterie infectieuse observée au quartier d'Abboville, à Poitiers, par Delmas. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Sur l'étiologie de la dysenterie, par Ogata. (*Centralbl. f. Bakt.*, XI, p. 264.) — Quelques observations microscopiques et bactériologiques faites pendant une épidémie d'entérite dysentérique, par Maggiora. (*Ibid.,* XI, p. 173.) — Un cas de dysenterie amœbique, par Gerry. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 23 juillet.) — Les symptômes, complication et traitement de la dysenterie, par Brayton Ball. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.) — Lavements phéniqués dans la dysenterie, par Kilduchewsky. (*Vratch*, 28 mai.) — Traitement de la dysenterie aiguë par le sulfate de soude et les antiseptiques intestinaux, par Gruet. (*Bull. de thérap.*, 30 juillet.)

E

Eau. — Sur la stérilisation de l'eau par précipitation, par DE SANTI. (*Soc. de biol.*, 23 juillet.) — Nouveau principe appliqué à la stérilisation de l'eau, par BABÈS. (*Bulletin méd.*, 12 juillet.) — Alimentation d'eau aux Indes, par PRINGLE. (*Rev. d'hyg.*, XIII, 810.) — Filtration de l'eau à l'aide de terre d'infusoire calcinée, par NORDTMEYER. (*Zeitschr. f. Hyg.*, X et *Hyg. Rundsch.*, II, 196.) — Rapport sur la question des eaux de la ville de Nantes, par BERTIN. (In-8°, 68 p., *Nantes.*) — Du rôle thérapeutique de l'hydrothérapie dans quelques affections nerveuses, par DOREL. (*Thèse de Paris*, 19 mai.) — Composition de l'eau de cale, par FORSTER et RINGELING. (*Arch. f. Hyg.*, XII et *Hyg. Rundsch.*, II, 15.) — Considérations pratiques sur la technique des douches, par BOTTEY. (*Rev. gén. de clin.*, 19, p. 296.) — Sur les eaux du Sahara constantinais, par DANDRIEU. (*Arch. de méd. milit.*, juillet) — Remarques sur les analyses des eaux d'égout et sur les méthodes d'appréciation de la valeur de divers systèmes concurrents d'épuration, par W. THOMSON. (*Hyg. Rundschau*, II, 202.)

Eaux minérales. — Eaux minérales françaises et étrangères autorisées au 1er octobre 1891, commerce et vente des eaux minérales, par PIETRA SANTA, (90 p., *Paris.*) — De la nécessité de règles uniformes pour l'énonciation des résultats des analyses d'eaux minérales, par GROEDEL. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 319, 28 mars.) — Sur l'altération des eaux minérales ferrugineuses conservées, par RIBAN. (*Acad. des Sc.*, 20 juin.) — Sur les eaux minérales ferrugineuses conservées, par RIBAN. (*Acad. des Sc.*, 18 juillet.) — Sur les altérations des eaux ferrugineuses, par PARMENTIER. (*Acad. des Sc.*, 4 juillet.) — Procédé de dosage, rapide et à la source même, de l'acide carbonique dans les eaux minérales, par BOVET. (*Bull. acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 1er juin.) — Etude des eaux minérales, sur l'alumine contenue dans ces eaux, par PARMENTIER. (*Acad. des Sc.*, 11 juillet.) — Les eaux médicales du Japon, par MICHAUT. (*Bull. de thér.*, 30 juin.) — Etude sur les eaux minérales en Serbie, par MIRKOVITCH. (*Thèse de Paris*, 29 juil.) — Quelques remarques sur les indications actuelles de la cure à Marienbad, par STERK. (*Wien. med. Presse*, 10 juillet.) — L'eau d'Évian dans les nutritions pathologiques, par CHIAIS. (*Montpellier médical*, 10, p. 63.) — Essai d'analyse bactériologique des eaux du canal de Plasschendæle, à Nieuport, par LERMUSEAU. (*Ann. soc. méd. d'Anvers,* p. 19, mars.) — De quelques affections traitées aux eaux d'Aix-les-Bains, par DARDEL. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Des effets résolutifs dus à la médication de Barèges, par GRIMAUD. (*Bull. de thérap.*, 15 avril.) — De l'action curative des eaux sulfureuses de Telese, par SEMMOLA. (*Progresso med.*, 10 avril.) — Les eaux de Saragota, usage et abus, par RAU. (*N. York med. j.*, 7 mai.) — Des eaux de Salies-de-Béarn, étude chimique et thérapeutique, par LISSONDE. (*Paris*, 1891.) — Étude physiologique et clinique sur les eaux sulfhydriques d'Allevard, par DIDIER. (Broch., *Paris.*)

Eclampsie. — De l'éclampsie puerpérale d'après une statistique de la clinique de 1872 à 1892, par CASAMAYOR-DUFOUR. (*Thèse de Paris,* 2 juin.) — Eclampsie, par SMITH. (*Med. News*, 7 mai.) — Pathogénie de l'éclampsie

puerpérale, par KALTENBACH. (*Cent. f. Gynaek.*, 21 mai). — *Idem*, par GERDES. (*Ibid.*) — Eclampsie puerpérale, lésions histologiques du foie et des reins, par PILLIET et DELONSORME. (*Soc. anat. Paris*, mars, p. 231.) — Discussion de la Société médicale de Berlin sur l'éclampsie puerpérale. (*Berlin. klin. Wochens.*, 25 janvier.) — Sur la toxicité du sang des femmes atteintes d'éclampsie ou d'albuminurie puerpérale, par TARNIER et CHAMBRELANT. (*Soc. de biol.*, 2 juillet.)

Eczéma. — Pathologie et traitement de l'eczéma, par NEISSER VEIEL. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 128, 8 février.) — Etiologie et pathogénie de l'eczéma professionnel, par BLASCHKO. (*Deutsche med. Woch.*, 7, p. 144.) — Traitement de l'eczéma par les bains, par LASSAR. (*Therap. Monats.*, mai.) — Traitement des maladies de peau par les bains de Bade, par SAALFELD. (*Ibid.*) — Traitement balnéaire des eczémas, par LASSAR. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 318, 28 mars.)

Electricité. — Électricité à haute tension et à alternatives fréquentes, par TURNER. (*Practitioner*, juillet.) — Sur les effets physiologiques comparés des divers procédés d'électrisation. Nouveaux modes d'application de l'énergie électrique. La voltaïsation sinusoïdale. Les grandes fréquences et les hauts potentiels, par D'ARSONVAL. (*Bull. acad. méd.*, 22 mars.) — Sur les effets physiologiques des courants alternatifs à variation sinusoïdale ; procédé pour les doses en électrothérapie, par D'ARSONVAL. (*Acad. des Sc.*, 27 juin.) — Effets physiologiques et thérapeutiques des courants alternatifs, par LARAT et GAUTIER. (*Rev. int. d'électroth.*, avril.) — Un rhéostat en graphite, simple et transportable, par W. FAUST. (*Deuts. med. Woch.*, n° 6, p. 117). — Influence des excitations galvaniques et faradiques sur quelques invertébrés, par W. NAGEL. (*Archiv für die ges. Physiol.*, LI, p. 624.) — Rheo-tachygraphie. Méthode pour l'enregistrement graphique des changements électriques rapides, par L. HERMANN. (*Ibid.*, XLIX, p. 539.) — Sur les phénomènes électromoteurs secondaires présentés par les tissus électriques, par E. DU BOIS-REYMOND. (*Archiv für Physiol.*, 1891, p. 402.) — Nouveaux appareils et instruments pour la galvanocaustie et l'éclairage électrique, par L. JACOBSON. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 303, 28 mars.) — La lumière électrique en médecine, par Rudolf LEWENDOWSKI. (*Vienne.*) — De la galvanocaustie interstitielle, par GILLES. (*Marseille médical*, 6, p. 201). — Etudes électrothérapeutiques, par Arthur SPIERLING. (*Leipzig.*) — Travaux de la réunion des électrothérapeutes, à Francfort-sur-Mein, par L. EDINGER, L. LAQUER, E. ASCH et A. KNOBLAUCH. (*Wiesbaden.*) — Le rôle de la suggestion dans les succès de l'électrothérapie, par EULENBURG. (Réfutation de Mœbius). (*Berlin. klin. Wochens.*, 22 et 29 février.) — Conférences sur l'électro-biologie, action des courants sur les tissus vivants, par LARAT. (*Rev. int. d'électroth.*, avril.) — Choc électrique, paralysie du deltoïde et névrose traumatique, par J. COLLINS. (*New York med. record*, p. 69, 16 janv.) — De l'action curative de l'électricité dans les affections nerveuses et musculaires, par F. SCHULTZE. (*Wiesbaden.*) — De la valeur de l'électricité en gynécologie, par REYNOLDS. (*Boston med journ.*, 21 avril.) — L'emploi du courant galvanique en gynécologie, par RUTHERFOORD. (*Practitioner*, juillet.) — L'état présent de l'électricité en gynécologie, par MASSEY. (*Med. News*, 21 mai.) — Traitement par l'électricité des inflammations pelviennes, par BURRAGE. (*Boston med. j.*, 16 juin.) — La peine de mort par l'électricité, examen de sept cas, par MACDONALD. (*N. York med. journ.*, 7 mai.)

Eléphantiasis. — Sur les rapports de l'éléphantiasis des Arabes avec la filaire

du sang, par Gastera. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Quelques considérations sur l'éléphantiasis examiné surtout au point de vue de l'étiologie, par Gros. (*Arch. de méd. nav.*, mai.) — Sur la parasitologie de l'éléphantiasis nostras, par Sabouraud. (*Ann. de dermat.*, III, 5.) — Elephantiasis d'une jambe, ligature de la fémorale, phlébite et thrombose secondaires, septicémie, mort, par Roswell Park. (*Med. News*, 13 fév.)

Embolie. — L'embolie de l'artère pulmonaire dans les suites de couche, par Ed. Partridge. (*New York med. record*, p. 234, 27 fév.)

Embryologie. — De la reproduction chez le dorupte vernis, par Chauveau. (*Thèse de Paris*, 4 mars.) — Réflexions sur l'influence de l'imagination maternelle comme facteur des anomalies consécutives de l'embryon et du fœtus, par Bodenhamer. (*New York med. record*, p. 318, 19 mars.) — Un cas d'ovule à deux noyaux chez un mammifère, par Blanc. (*Soc. de biol.*, 18 juin.)

Empoisonnement. — Les abus de l'opium, par Martin. (*Rev. scientif.*, 16 juillet.) — Du morphinisme et de son influence sur l'état sexuel, par Passovère. (*Wratch*, 30 avril.) — Cas de cocaïnisme, par Percy Smith. (*Journ. of mental. sc.*, juillet.) — Sur un cas d'intoxication par la cocaïne au cours d'une opération d'hydrocèle, par Chobaut. (*Lyon méd.*, 15 mai.) — Empoisonnement par la strychnine, guérison, par Wallace et Mc Rae. (*Brit. med. j.*, 23 juillet.) — Empoisonnement suivi de mort par les fruits de l'if (Taxus baccata). (16ᵉ *Cong. de l'Assoc. méd. ital. Sienne*, 16-20 août, 1891.) — Cas d'empoisonnement par l'atropine et l'opium dans le premier âge de la vie, par Rotch. (*Boston med. j.*, 10 mars.) — Un cas d'empoisonnement par la coloquinte, par Rolfe. (*Boston med. journ.*, 19 mai.) — Empoisonnement par le veratrum viride, guérison, par Tuttle. (*N. York med. journ.*, 18 juin.) — Sur le mécanisme de la glycosurie consécutive à l'intoxication par la vératrine, par Lépine. (*Soc. de biol.*, 18 juin.) — Empoisonnement par l'antipyrine, par Short. (*Brit. med. j.*, 11 juin.) — De l'intoxication par le sulfonal, par Kober. (*Cent. für klin. Med.*, 10.) — Deux cas d'empoisonnement par le bromoforme à propos du traitement de la coqueluche, par Nolden. (*Therap. Monats.*, mai.) — Un cas de mort subite dans une manufacture de caoutchouc ; enquête sur les effets d'inhalations de naphte, par Farlow. (*Boston med. journal*, 23 juin.) — De l'empoisonnement chronique par l'ozone, par Schulz. (*Arch. f. exper. Path.*, XXIX, et et 6). — Intoxication par le sulfure de carbone, par Bonnet. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Intoxication par l'oxyde de carbone, par Quinquaud. (*Ann. de méd.*, 20 juillet.) — Symptômes de l'intoxication oxycarbonée, par Brouardel. (*Ann. de méd.*, 18 mai.) — Pneumonie droite sans réaction fébrile à la suite d'une intoxication par l'oxyde de carbone, par Dufournier. (*Gaz. des hôp.*, 4 août.) — Deux cas de folie causés par l'inhalation d'hydrogène sulfuré, par Wiglesworth. (*Brit. med. j.*, 16 juillet.) — Étude sur l'empoisonnement par l'acide phénique, par de Santi. (*Ach. de méd. milit.*, juillet.) — Empoisonnement par l'eau de javelle, par Potier. (*Soc. anat. Paris*, 20 mai, p. 381.) — Sur une lésion particulière de la fibre cardiaque dans l'empoisonnement expérimental par le bichlorure de mercure, par Pilliet. (*Soc. de biol.*, 23 juillet.) — Empoisonnement plombique par une balle logée dans les os, par Kuester et Lewin. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — Un cas d'empoisonnement par inhalation de vapeurs d'acide nitrique, par W. Schmieden. (*Centralb. f. klin. Med.*, 11.) — Sept cas d'empoisonnement par les saucisses, par Reisz. (*Wien. med. Presse*, nº 49, 1891.)

Enfant. — Seméiologie et diagnostic des maladies des enfants, par Filatow, trad. par A. Hippius. (*Stuttgart.*) — La médecine des enfants, par Comby. (*Progrès médical*, 30 avril.) — Leçons sur les maladies des enfants à l'âge de la dentition, par Max Kassowitz. (*Leipsig et Vienne.*) — Utilité d'un enseignement spécial de la thérapeutique infantile, par Le Gendre. (*Mercredi méd.*, 13 juillet.) — Le pronostic chez les enfants, par J. Simon. (*Progrès médical*, 20 février.) — L'assistance maritime des enfants, par Chéron. (*Union médicale*, 5 juillet.) — Les enfants des nourrices sur lieu, par Ledé. (*Bulletin méd.,* 5 juillet.) — De l'oxygénation des nouveau-nés, par Mlle Landais. (*Thèse de Paris,* 21 juillet.) — Des variations de poids chez les nouveau-nés nourris par leurs mères pendant les dix premiers jours, par Mourlot. (*Thèse de Paris,* 13 juillet.) — Nouveau-né pesant 5,950 grammes et mesurant 59 centimètres de longueur, par Éberhart. (*Deutsche med. Woch.*, p. 192.) — De quelques-unes des portes d'entrée de l'infection chez l'enfant, par Saint-Philippe. (*Bull. Acad. méd.* et *Bulletin méd.,* 27 avril.) — Globes épithéliaux chez le fœtus et l'enfant, par Kanthack. (*Journ. of Anat.*, juillet.) — Le système nerveux chez l'enfant, par Mercier. (*Brain*, 57.) — Hémichorée avec paralysie, hémiplégie partielle chez un enfant de 4 ans, par Piggott. (*Lancet*, 23 avril.) — Tabes spasmodique infantile de Little, ténotomie des tendons d'Achille, par Lyonnet. (*Lyon méd.*, 12 juin.) — Hystérie chez l'enfant, par Putnam. (*Journ. of nerv. dis.*, juillet.) — L'hystérie chez les jeunes enfants, par Chaumier; rapport, par Ollivier. (*Bull. Acad. méd.*, 28 juin.) — Paralysies traumatiques chez les nouveau-nés, par Lovett. (*Boston med. journal,* 1er juillet.) — Quelques symptômes dus à la diathèse urique chez l'enfant, par Sutherland. (*Brit. med. j.*, 23 avril.) — Artérite généralisée chez un enfant, rétrécissement de l'aorte abdominale, par Hawkins. (*London path. Soc.*, 3 mai.) — Apnée des nouveau-nés, par Waxham. (*Americ. j. of obst.,* juin.) — De la respiration artificielle dans l'asphyxie des nouveau-nés, par Forest. (*New York med. record*, p. 393, 9 avril.) — Les broncho-pneumonies infectieuses d'origine intestinale chez l'enfant, par Gastou et Renard. (*Rev. mal. de l'enf.*, mai.) — Hémoptysies chez les enfants, par Meusnier. (*Thèse de Paris*, 12 juil.) — Sur la pleurésie médiastine en particulier chez l'enfant, par Vemilirovitch. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Deux cas d'empyème bilatéral chez des enfants, par Keough. (*Lancet*, 11 juin.) — Quelques mots sur le traitement de la pleurésie purulente chez les enfants, par Édouard Martin. (*Revue médic. Suisse romande*, XII, 46.) — De la tuberculose du premier âge, par Pascal. (*Thèse de Paris*, 18 mai.) — Les enfants tuberculeux à l'hôpital d'Ormesson, par Derecq. (*Union médicale*, 4 juin.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire chez les enfants par les injections de gaïacol iodoformé, par Laplanche. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.) — Du pouvoir locomoteur de l'estomac chez les enfants en bas âge, par Pfannenstill. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIV, 10.) — Sur l'hématémèse et le mélœna des nouveau-nés, par Joly. (*Thèse de Montpellier.*) — De l'indicanurie chez les enfants, par Steffen. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIV, 1.) — Salicylate de bismuth dans la diarrhée infantile, par Mikhnevitch. (*Med. Obosren.*, 6.) — Indications du changement d'air et des bains dans la diarrhée estivale infantile, par Baruch. (*Med. News*, 18 juin.) — Traitement de la diarrhée des pays chauds chez l'enfant, par Roux. (*Rev. gén. de clin.*, 9, p. 137.) — Traitement de la diarrhée estivale des enfants, par Mabbott. (*N. York med. journ.*, 2 juillet.) — Ictère du nouveau-né, par Baumel. (*Montpellier médical*, 16, p. 305.) — De la cirrhose alcoolique chez les enfants, par Saunal. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Cirrhose hépatique chez deux enfants de la même famille, par Jollye. (*Brit. med. j.*, 23 avril.) — La cir-

rhose hépatique chez l'enfant, par Tidey. (*Brit. med. j.*, 16 juillet.) — De la péritonite par perforation chez les nouveau-nés, par Falkenheim et Askanazy. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIV, 1.) — De la péritonite chronique chez les enfants, par Henoch et A. Baginsky. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 37 et 38, 11 janvier.) — Sur quatre cas d'appendicite chez les enfants, par Perret. (*Lyon méd.*, 26 juin.) — Recherches sur la glycosurie chez les nourrissons, en particulier de la glycosurie alimentaire, par Grosz. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIV, 1.) — Effets fâcheux d'une violente émotion (peur) sur la glycosurie chez un enfant diabétique, par Teschemacher. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 33, 11 janvier.) — Diabète rapidement mortel chez un enfant de 10 ans, par Watkins-Pitchford. (*Brit. med. j.*, 28 mai.) — L'hypertrophie de la rate chez l'enfant, par Fox et Ball. (*Brit. med. j.*, 23 avril.) — *Idem*, par Carr. (*Lancet*, 23 avril.) — Remarques sur la fièvre typhoïde des enfants, par A. Moussous. (*Arch. cliniques Bordeaux*, 1er avril.) — Syphiloïdes de l'enfance, folliculite pseudo-syphilitique, par Bataille. (*Soc. franç. de Dermat.*, 23 avril.) — Péliose rhumatismale chez le nourrisson, par Abelmann. (*St. Petersb. med. Woch.*, 11 avril.) — De la dermite chronique humide du cuir chevelu chez les enfants, par Malaval. (*Thèse de Lyon*, janv.) — Érythème vésiculeux érosif des fesses chez l'enfant, cellulite sous-cutanée prolongée consécutive, par Gillet. (*Rev. mal. de l'enf.*, mai.) — Hématurie scorbutique chez un enfant, par Thomson. (*Lancet*, 11 juin.) — Des hémorragies spontanées du cordon chez le nouveau-né, par Sippel. (*Cent. f. Gynæk.*, 25 juin.) — Goître kystique chez une fille de 10 ans, ablation, par Lyonnet. (*Lyon méd.*, 12 juin.) — Les maladies non chirurgicales de la bouche chez l'enfant, par Forchheimer. (*Philadelphie*) — Deux cas de déviation congénitale en haut de l'omoplate, par Perman. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIV, 12.) — Recherches anatomiques sur la trépanation de la fosse iliaque chez les enfants, par Condamin. (*Prov. méd.*, 20 février.) — Hypertrophie polypoïde du col utérin chez une enfant de 14 ans, par Jalaguier et Achard. (*Bull. Soc. anat. Paris*, 24 juin.) — Tumeurs de la vessie chez l'enfant, par Phocas. (6e *Cong. franç. chir. Gaz. des hôpit.*, 3 mai.) — Lithotritie chez l'enfant, par Southam. (*Lancet*, 23 avril.) — Hernie inguinale étranglée chez l'enfant, par Guelliot. (*Gaz. hebd. Paris*, 9 avril.) — Fissure anale et rétrécissement rectal chez les enfants, par Le Gendre. (*Rev. prat. d'obst. et de pédiat.*, février.)

Epilepsie. — Sur la provocation des accès d'épilepsie par la pilocarpine, par Féré. (*Soc. de biol.*, 14 mai.) — Une anomalie du coccyx chez un épileptique, par Féré. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, V, 2.) — Infections et épilepsie, par Marie. (*Semaine méd.*, 13 juillet.) — Sur l'influence des maladies infectieuses sur la marche de l'épilepsie, par Féré. (*Soc. de biol.*, 4 juin.) — Attaques épileptiformes. Incontinence nocturne d'urine, troubles de la sensibilité, par Laveran. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 29 avril.) — Des épilepsies partielles sensitives, par Pitres. (*Arch. cliniques, Bordeaux*, 1er janvier.) — Exophtalmie suite d'épilepsie, par Nias. (*Brain*, 57.) — Epilepsie et malaria, par Hill. (*Boston medical and surgical Journal*, 30 juin.) — Sur un cas d'épilepsie due à l'impaludisme chronique, par T. Salvatore. (*La Riforma medica*, 13 décembre.) — La quinine dans les convulsions hystériques et hystéro-épileptiques, par Casciani. (*Sperimentale*, 15 avril.) — Traitement de l'épilepsie par le borate de soude, par Mairet. (*Progrès médical*, 6 février.) — Traitement chirurgical de l'épilepsie, par Price. (*Journ. of nerv. dis.*, juin.) — Deux cas de trépanation pour épilepsie traumatique, par Knapp et Post. (*Boston med. Journal*, janvier, p. 4.) — Epilepsie corticale traumatique trépanée avec

succès depuis 27 mois, par A. Koehler. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 317, 28 mars.) — Sur le traitement opératoire de l'épilepsie essentielle, par Benedikt. (*Wiener med. Presse*, 10 juillet.) — Epilepsie traumatique, aphasie, paralysie depuis 6 ans, guérison par la trépanation, par Heuston, (*Brit. med. j.*, 11 juin.) — Epilepsie ancienne d'origine traumatique, fracture du crâne, trépanation au niveau de la cicatrice osseuse, pas de modification dans l'état du sujet, par Maunoury et Camuset. (*Arch. de neurol.*, juillet.) — Epilepsie et folie épileptique dues à un traumatisme cranien remontant à 25 ans, guéries par la trépanation, par Boubila et Pantaloni. (*Gaz. des hôp.*, 10 mai.) — Mon expérience sur l'oophorectomie pour la guérison de l'hystéro-épilepsie, par Mundé. (*Americ. j. of obst.*, avril.)

Epithéliome. — De l'épithéliome aux divers âges, par Galard. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Sur un cas d'épithélioma, étude histologique, par Onanoff. (*Thèse de Paris*, 23 juin.) — Epithélioma de la région temporale droite simulant une lésion syphilitiqne, par Estrada. (*Soc. franc. de dermat.*, 9 juin.)

Epithélium. — De la kératohyaline et de l'éléidine, leurs rapports avec les processus de cornification, par Grosse. (*Thèse de Kœnigsberg.*)

Erysipèle. — L'érysipèle médical et son traitement, par Chéron. (*Union médicale*, 1er mars.) — Contagiosité et traitement de l'érysipèle, par Guyot. (*Soc. méd. des hopitaux*, 3 juin.) — Remarques sur l'érysipèle, par Galliard. (*Ibid.*, 10 juin.) — Sur le traitement de l'érysipèle, par Sevestre. (*Ibid.*, 10 juin.) — Contagiosité de l'érysipèle, par Gaucher. (*Ibid.*, 17 juin.) — Traitement abortif de l'érysipèle de la face par les pulvérisations éthérées de sublimé, par Talamon. (*Ibid.*, 14 juillet.) — La propagation de l'érysipèle, par Stumpf. (*Deutsche med. Woch.*, 11. p. 231.) — Erysipèle et méningite, par Bert. (*Journ. méd. Bordeaux*, 27 mars.) — Fluxion parotidienne unilatérale liée à l'érysipèle de la face, par Galliard. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 mars.) — Un cas d'arthrite staphylococcique dans l'érysipèle de la face, par Galliard. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 17 juin.) — Traitement de l'érysipèle, par Winckler. (*Therap. Monats.*, mai.) — Traitement de l'érysipèle par les pulvérisations de sublimé, par Colas. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Erysipèle et salicylate de soude, par Dauchez. (*France méd.*, 16, p. 241.)

Erythème. — L'érythème noueux peut-il être contagieux? par Lannois. (*Ann. de Dermat.*, III, 5.) — Deux cas de contagion de l'érythème noueux, par Para. (*Gaz. hebd. Paris*, 23 juillet.) — Sur l'érythème noueux palustre, par Moncorvo. (*Gaz. hebd. Paris*, 11 juin.) — Les érythèmes du nouveau-né, par Callais. (*Thèse de Paris*, 30 juin.) — Discussion de la Société de médecine interne sur l'érythème exsudatif multiforme. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 79, 25 février.) — Erythème induré nodulaire des jeunes filles, par Besnier. (*Rev. gén. de clin.*, 13, p. 193.) — Erythème scarlatiniforme dû à l'antipyrine, par Lemonnier. (*Soc. franc. de dermat.*, 9 juin.) — Eruptions par l'iodure de potassium, dermatite tubéreuse iodique, par Holsten. (*N. York med. journ.*, 23 avril.)

Estomac. — Sur les fonctions des cellules des glandes gastriques, par Contejean. (*Arch. de phys.*, IV, 3.) — Recherches expérimentales sur l'innervation de l'estomac, par Oser. (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 4.) — Remarque sur les recherches de Angelo Florentini sur les protozoaires de l'es-

tomac des ruminants, par SCHUBERG. (*Centralbl. f. Bakt.*, XI, p. 280.) — Influence de la fatigue sur la digestion stomacale, par SALVIOLI. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 2.) — Du chimisme stomacal chez les nourrissons, par CLOPATT. (*Rev. de méd.*, avril.) — L'analyse quantitative du contenu de l'estomac, par WITTMANN. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIV, 1.) — Revue critique des procédés employés pour le dosage de l'acide chlorhydrique du suc gastrique, par MIZERSKY et NENCKI. (*Arch. des sc. biol.*, *St Pétersbourg*, I, 1 et 2.) — Epreuve de Gunzburg dans la dyspepsie chronique, par ECCLES. (*Practitioner*, mai.) — Remarques sur les analyses du suc gastrique, par J. WINTER. (*Deutsche med. Woch.*. n° 6, p. 117.) — Rapport sur un mémoire de Frémont intitulé « Analyse du suc gastrique et variations du chimisme d'un estomac, par LE GENDRE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 mai.) — Divers cas de dyspepsie avec traitement basé sur l'examen du suc gastrique, par van PELT. (*Boston med. journal,* 21 avril.) — La signification de l'acidité au point de vue de la cause et du traitement de la dyspepsie, par MACINTYRE. (*Glasgow med. j.*, juin.) — Procédé pratique du dosage des acides chlorhydrique et lactique libres du suc gastrique, par B. TSCHLENOFF. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 108, 15 février.) — Les derniers travaux sur la dyspepsie, par GILLESPIE. (*Edinb. med. journ.*, août.) — Quelques réflexions à propos de la classification des dyspepsies, par LE GENDRE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 février.) — Statistique clinique comparative des divers types de dyspepsie gastrique et de la dilatation de l'estomac. Réflexions sur la valeur restreinte du chimisme stomacal au point de vue pratique et ses inconvénients possibles, par LE GENDRE. (*Ibid.*, 26 février.) — A propos de la dilatation de l'estomac, par MATHIEU. (*Ibid.*, 26 février.) — Hyperchlorhydrie avec hypersécrétion continue. Ulcère rond latent par perforation. Estomac vertical avec dilatation très marquée de l'antre prépylorique, gastrite, par MATHIEU. (*Arch. de méd.*, mai.) — Gastrite sous-muqueuse hypertrophique avec rétro-péritonite calleuse, par PILLIET et SAKORRAPHOS. (*Bull. Soc. anat. Paris*, avril, p. 288.) — Ulcère de l'estomac avec hémorragie, mort par thrombose de l'artère pulmonaire, par DENHURST. (*Lancet*, 16 juillet.) — De certains symptômes cardiaques dans l'ulcère de l'estomac, par ORD. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XX.) — Un cas d'ulcère de l'estomac compliqué de pneumonie grippale, par RENDU. (*Gaz. des hôp.*, 23 juin.) — Des gastrites aiguës, par CHAUFFARD. (*Ann. de méd.*, 13 juillet.) — Lésions stomacales après ingestion de liquides corrosifs, par SÉE. (*Soc. anat. Paris*, mai, p. 404.) — Un nouveau cas de tuberculose gastrique, par BARBACCI. (*Sperimentale*, 15 juillet.) — Examen de 50 cas de cancer de l'estomac, par PERRY et SHAW. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVIII.) — Du détachement de la muqueuse gastrique par le sondage et de ses suites, par CRAMER. (*Münch. med. Woch.*, n° 52, 1891.) — De la dilatation de l'estomac dans les métrites chroniques, par BOURSIER. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 avril.) — Sur l'emploi de la solanine dans les affections de l'estomac avec prédominance de l'élément gastralgique, par DESNOS. (*Bull. de thér.*, 30 juin.) — Traitement des affections nerveuses de l'estomac, par WEISSENBERG. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 318, 28 mars.) — Hernie de l'estomac sur la ligne semi-lunaire de Spiegel, par PETIT. (*Journ. méd. Bordeaux*, 27 mars.) — Quatre cas d'abcès sous-phréniques par rupture de l'ulcère de l'estomac, par W. LIERMANN. (*Deutsche med. Woch.*, 8, p. 163.) — Chirurgie de l'estomac par DOYEN. Rapport, par PERIER. (*Bull. acad. méd.*, 28 juin.) — Traitement chirurgical du cancer de l'estomac, par GUINARD. (*Arch. de méd.*, mai.) — Le traitement chirurgical du cancer gastro-intestinal, par LINDSAY (*Brit. med. journ.*, 23 avril.) — Gastrorraphie contre la dilatation de l'estomac, par WEIR. (*N. York med. journ.*, 9 juillet.) — Gastrostomie pour

cancer œsophagien avec obstruction complète, survie de 407 jours, par Morison. (*Brit. med. journ.*, 7 mai.) — Cancer de l'estomac, gastrostomie, par Pauly. (*Lyon méd.*, 8 mai.) — Cinq cas de résection du pylore, par Hasslauer. (*Münch. med. Woch.*, 21 et 22, p. 365 et 393.) — Gastro-jejunostomie pour cancer pylorique, guérison, par Purcell. (*Lancet*, 4 juin.) — Gastro-entérostomie pour cancer pylorique, par Kuester. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 591, 18 janvier.) — 2 cas de pylorectomie et 1 de jejunostomie, par Mayo Robson. (*Roy. med. and chir. soc.*, 14 juin.) — La gastro-entérostomie, la jejuno-duodénostomie, la résection du pylore, par Jaboulay. (*Arch. provinc. de chir.*, I, 1.) — 12 obs. de chirurgie stomacale suivies de 20 cas d'entérostomie et d'entérectomie, par Doyen. (*Ibid.*) — Extirpation du cancer de l'estomac, 1 cas de guérison, par Defontaine. (*Ibid.*) — Rétrécissement cicatriciel du pylore, pyloroplastie, guérison, par Limont et Page. (*Lancet*, 9 juillet.)

Expectoration. — Technique et valeur de l'examen des crachats, par Moore. (*Med. News*, 14 mai.)

F

Face. — De la difformité faciale connue vulgairement sous le nom de menton de galoche et sa guérison par les moyens orthopédiques, par Magitot. (*Gaz. des hôp.*, 24 mai.)

Ferment. — De l'action de quelques sels métalliques sur la fermentation lactique, par Richet. (*Acad. des sc.*, 20 juin.)

Fièvre. — Sur les fièvres prédominantes sur les bords de la Méditerranée et de la mer Rouge, par Milnes. (*Lancet*, 18 juin.) — Une épidémie de fièvre rémittente dans le Var, par German. (*Marseille médical*, 7, p. 217.)

Fièvre jaune. — La fièvre jaune en 1891-92, par Rebourgeon. (*Soc. de biol.*, 28 mai.) — Application des mesures prophylactiques à bord du bateau le *Corrientes* pendant l'épidémie de fièvre jaune du Brésil, par Schoofs. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXVII, p. 274, mars.)

Fistule. — Etiologie de quelques cas de fistule vésico-vaginale, par Merttens. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIV, 1.) — Traitement des fistules recto-vaginales, par Pozzi. (*Gaz. hebd. Paris*, 28 mai.) — De la voie ischio-rectale pour aborder les fistules vésico-vaginales difficilement accessibles, par Michaux. (6e *Cong. franç. chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 30 avril.) — Contribution au traitement chirurgical des fistules thoraciques, par B. Martino. (*Riv. clin. e terapeutica*, 1, p. 8.)

Foie. — De quelques altérations du foie à la suite de l'extirpation du ganglion cœliaque, par Bonome. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 2 et *La Riforma medica*, 15 février.) — Sur la formation du sucre dans le foie, par J. Seegen. (*Archiv f. Physiologie*, p. 34.) — Vacuolisation des cellules du foie chez le chien, par Raum. (*Arch. f. exper. Path.*, XXIX, 5 et 6.) — Extirpation du foie chez la grenouille, durée de la survie à la suite de cette opération, par Roger. (*Soc. de biol.*, 11 juin.) — De l'insuffisance hépa-

tique dans les maladies mentales, de la folie hépatique, par KLIPPEL. (*Arch. de méd.*, août.) — L'ictère et ses différentes formes, par E. STADELMANN. (*Stuttgart*, 1891.) — Le traitement des ictères, par LIÉGEOIS. (*Rev. gén. de clin.*, 12, p. 183.) — Un cas de maladie de Weil, par TERRAY. (*Orvosi hetilap*, 7.) — 3 cas d'atrophie jaune aiguë du foie, par GABBI. (*Sperimentale*, XLVI, 3.) — Le foie cardiaque et la cirrhose atrophique, par POTAIN. (*Gaz. des hôp.*, 10 mai.) — Sur la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, par SACAZE. (*Thèse de Montpellier.*) — Deux cas d'hépatite chronique alcoolique suivis de guérison, par FRÉMONT. (*Union médicale*, 18 juin.) — Note sur un nouveau cas de guérison de cirrhose alcoolique, par MILLARD. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 mars.) — La guérison ou l'amélioration de l'ascite par maladies du foie, par BRISTOWE. (*Brit. med. j.*, 23 avril.) — Du mécanisme de la cachexie et de la mort dans la cirrhose, par RENDU. (*Semaine méd.*, 1er juin.) — La recherche des microbes dans l'abcès du foie; son importance pour le diagnostic et le traitement, par ARNAUD et D'ASTROS. (*Rev. de méd.*, avril.) — Deux cas d'abcès du foie, par LOWELL. (*Boston med. journal*, 28 avril.) — Traitement des abcès du foie, par FOLET. (*Bull. méd. du Nord*, 4 et 5.) — Coliques hépatiques; phénomènes d'étranglement interne disparus à l'issu d'un calcul biliaire par les garde-robes, mort 15 mois plus tard par cancer du pylore, du duodénum et de la veine porte, par E. HAFFTER. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 144, 1er mars.) — Trois opérations simples suivies de mort chez des sujets atteints de maladie du foie, par VERNEUIL. (*Bull. Acad. méd.*, 2 août.) — Adénomes du foie, par DARIER. (*Soc. anat. Paris*, 29 avril.) — Adénome tératologique du foie, par T. CARBONE. (*Giornale Accad. di med. Torino*, p. 144, février.) — Un cas de sarcôme mélanique du foie, par LITTEN. Discussion par SENATOR. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 254, 14 mars.) — Epithéliome pavimenteux de la joue, par FORESTIER. (*Soc. anat. Paris*, p. 366, mai.) — Chirurgie du foie et de la vésicule biliaire, par REEVE. (*N. York med. journ.*, 28 mai.) — Plaie du foie; anomalie des côtes, par GRIMARD. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 avril.) — Coliques hépatiques sans ictère. Vomissements incoercibles. Abaissement de la température. Ablation de la vésicule, par GUYOT. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 mars.) — Laparotomie pour blessure du foie par un coup de feu, par GAGE. (*Boston med. journal*, 28 avril.)

Folliculite. — Folliculites dépilantes des parties glabres, par ARNOZAN. (*Soc. franç. de Dermat.*, 22 avril.)

Fracture. — Fracture multiple du sternum, nécrose, abcès, par HINKSON. (*N. York med. journ.*, 25 juin.) — Emphysème traumatique compliquant les fractures de côtes, par PINATEL. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — Fracture de la clavicule, nouveau bandage, par STEVENS. (*Med. News*, 9 avril.) — Paralysie radiale compliquant les fractures de l'humérus, par MURRAY. (*N. York med. journ.*, 25 juin.) — Traitement des fractures du bras et de l'épaule, par HEUSNER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — De la fracture de l'extrémité supérieure du cubitus avec luxation de la tête du radius, par M'LEOD. (*Lancet*, 18 juin.) — Fracture du radius, pseudarthrose, opération, par HODGMAN. (*N. York med. journ.*, 16 avril.) — Formes rares de fractures de l'extrémité carpienne du radius, par BENNETT. (*Brit. med. j.*, 30 avril.) — Fracture du radius, pseudarthrose, appareil d'extension, par POWERS. (*N. York med. journ.*, 9 avril.) — Fracture de la rotule, possibilité de la progression en avant, le membre fracturé étant maintenu en extension, par DUBRUEIL. (*Semaine méd.*, 27 juillet.) — Suture de la rotule, procédé opératoire, par CECI. (6e *Cong. franc. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 30 avril.) —

Du traitement par la suture osseuse des fractures anciennes non consolidées de la rotule avec impotence du membre, par LAYRAL. (*Thèse de Lyon.*) — Traitement des fractures récentes de la rotule, par BUTCHER. (*Brit. med. j.*, 30 avril.) — Traitement des fractures de la rotule, par ANDERSON (*Lancet*, 2 juillet.) — Suture sous-cutanée de la fracture de la rotule, par AITKEN. (*Brit. med. j.*, 23 juillet.) — Retard de consolidation d'une fracture de jambe, traité par les injections de chlorure de zinc, par MENARD (6e *Cong. franc. Chir.*, et *Gaz. des hôpit.*, 26 avril.) — Traitement des fractures des membres, par DUBRUEIL. (*Gaz. méd. Paris*, 21 mai.) — Réunion vicieuse dans la fracture du pied, opération, par HAYNES. (*N. York med. journ.*, 16 avril.) — Deux cas de fracture compliquée et de luxation de l'articulation tibio-tarsienne, par POST. (*Boston med. journal*, 7 avril.) — De la valeur diagnostique de la crépitation, par MOSETIG-MOORHOF. (*Wiener med. Presse*, 29 mai.) — Fractures non consolidées chez les enfants, par D'ARCY POWER. (*Americ. j. of med.sc.*, mai.) — De la suture des os dans les fractures et les pseudarthroses, par CAZELLES. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Traitement des fractures guéries en position vicieuse par HELFERICH. (*Münchener med. Wochens.*, 12, p. 195.) — Du massage et de la mobilisation dans les fractures osseuses, par KRECKE. (*Ibid.*, 13 p. 214.) — Résultats du traitement de 322 cas de fractures compliquées de 1881 à 1890, par MAKINS et ABBOTT. (*St. Thomas's hosp. Rep.*, XX.)

G

Gale. — Recherches sur la transmissibilité de la gale du chat et du lapin, par RAILLIÉT. (*Soc. de biol.*, 9 avril.) — Un cas de gale anormale, envahissement de la face, par BESNIER. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 mai.)

Gangrène. — De la gangrène par endartérite oblitérante, par HEYDENREICH. (*Semaine méd.*, 9 juillet.) — Gangrène sèche, par DAGGETT. (*Brit. med. j.*, 23 avril.) — Pathogénie et traitement des gangrènes chirurgicales, par JEANNEL, etc. (6e *Cong. franç. Chir.*, *Gaz. des hôp.*, 23 avril.) — Traitement de la pourriture d'hôpital par la résorcine, par HALLOPEAU. (*Soc. de thérap.*, 8 juin.)

Génitaux (organes). — Sur la desquamation sébacée dans l'épithélium du scrotum, par PILLIET. (*Bull. soc. anat.*, 15 avril.) — Des suites pathologiques de la circoncision mal exécutée, par GRUBER. (*Wiener med. Presse*, mars, p. 377.) — Du phimosis, ses conséquences, son traitement, par GERMA. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Sur le développement du pénis et du clitoris chez les fœtus humains, par RETTERER. (*Journ. de l'Anat.*, mai.) — Phimosis acquis, par P. WIESEMANN. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte.*) p. 74, 1er février.) — Physiologie de l'impuissance sexuelle, par PALMER. (*N. York med. journ.*, 2 juillet.) — Des anomalies congénitales des organes génitaux chez la femme, par HUNNELFARB. (*Arch. f. Gynæk.*, XLII, 2.) — Du cancer des grandes lèvres, par OZENNE. (*Bull. méd.*, 15 mai.) — Du molluscum pendulum de la vulve, faux hermaphrodisme, par pseudo-verge latérale, par CHÉROT. (*Thèse de Paris*, 18 mai). — Agglutinement des lèvres, par ROSS. (*Cent. f. Gynaek.*, 16 avril.) — Un cas de gynatrésie, par P. PETIT. (6e *Cong. franç. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 3 mai.)

Genou. — Traitement opératoire du genu valgum, par Regnier. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 2.) — Ostéoclasie manuelle dans le genu valgum et varum des enfants, par Phocas. (6e *Cong. franç. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 30 avril.)

Géographie méd. — Établissements français du golfe du Bénin, par Siciliano, (*Arch. de méd. nav.*, juin.) — De l'Islande, par Kermorgant. (*Arch. de méd. nav.*, mai.)

Glande. — Des cellules glandulaires, par Nicolas. (*Arch. de phys.*, IV, 3.)

Glaucome. — Existe-t-il un glaucome sympathique, par Truc. (*Soc. d'opht. Paris*, 5 avril.)

Goutte. — Goutte nerveuse héréditaire, par Rockwell. (*N. York med. journ.*, 21 mai.) — Etude chimique et thérapeutique de la gravelle urique et de la goutte, par Roberts. (*Lancet*, 18 juin.)

Greffe. — Greffes d'Ollier-Thiersch, par Phocas (*Gaz. des hôp.*, 12 mai.) — Quelques cas de greffe de Thiersch, par Sick. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — Greffes cutanées par approche, par Sabatier. (*Lyon méd.*, 10 juillet.) — De la greffe osseuse, par Modlinsky. (*Méd. Obozrenie*, XXXVII, 7.)

Grippe. — Relation d'une épidémie de grippe en Nouvelle-Calédonie, par Grall. (*Arch. de méd. nav.*, juin.) — Grippe, épidémie récente à l'asile Murray, par Hay. (*Brit. med. j.*, 14 mai.) — L'épidémie de grippe 1889-90, par Leyden et Guttmann. (*Wiesbaden.*) — L'influenza chez les anciens, un cas d'hémisalopie, par Métaxas. (*Ann. d'ocul.*, mai.) — La grippe en 1892, par Cantieri. (*Riforma med.,* 27 février.) — La grippe à Paris en 1890 et 1892, par Turquan. (*Rev. scientif.*, 14 mai.) — La troisième année de l'épidémie d'influenza, par Ayer. (*Boston med. journal*, 2 juin.) — L'épidémie de grippe berlinoise de l'hiver 1891-92, par Renvers et par J. Ruhemann. (*Berlin. klin. Woschens.*, p. 79, 25 janvier.) — Compte reudu de l'épidémie de grippe de l'asile d'aliénés de la Styrie, par Schlangenhausen. (*Mitth. d. Vereins. d. Aerzte in Steiermark.*, XXVII et *Hyg. Rundsch.*, II, 12). — Communication statistique relative à l'épidémie actuelle d'influenza à Bruxelles, par Janssens. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, VI, p. 27. — La grippe pendant l'hiver 1891-1892, par Raoult. (*Progrès médical*, 5 mars.) — L'épidémie de grippe de 1891. Mémoire de l'office sanitaire de l'empire d'Allemagne. (*Hyg. Rundsch*, II, 224.) — Influence de la grippe sur la mortalité bruxelloise par bronchite et pneumonie, par Janssens. (*Mouvement hyg.*, VIII, 84, février.) — La grippe dans les hôpitaux de Berlin. Société de médecine interne. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 315, 28 mars.) — Sur l'enquête concernant l'épidémie de grippe, par Proust. (*Bull. acad. méd.*, 12 avril.) — Étiologie de la grippe, par Greenwood. (*Practitioner*, juin.) — Contributions expérimentales et cliniques à la pathologie de l'influenza, par Semmola. (*Bull. acad. méd.*, 7 juin.) — Sur les fines bactéries trouvées dans l'influenza, par Babes. (*Deutsche med. Woch.*, n° 6, p. 113.) — Nouvelles recherches bactériologiques et expérimentales relatives à la pathogénie de la grippe, par Teissier, Roux et Pittion. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 4.) — Recherches bactériologiques sur l'influenza, par A. Bruschettini. (*La Riforma medica*, 29 janvier.) — Sur un bacille semblable à celui de l'influenza rencontré dans la salive de quelques animaux domestiques, par Fiocca. (*Riforma medica,* 26 février.) — La nona, par Longuet. (*Semaine méd.*, 9 juillet.) — La grippe, par Link. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 23 juillet.) — Forme de fièvre continue succédant à la grippe, par Hollister. (*Ibid.*) — Infec-

tion grippale à déterminations multiples, néphrite primitive, endopéricardite, congestion pulmonaire, etc. Infection secondaire amygdalienne, par Le Gendre. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 mai.) — Deux cas mortels d'affections cérébrales suite de grippe, par Prince. (*Boston med. journ.*, 10 mars). — Nouveau cas d'encéphalite aiguë hémorragique dans l'épidémie actuelle d'influenza, par Kœnigsdorf. (*Deutsche med. Woch.*, 8, p. 182.) — Parésie des membres inférieurs et de la vessie dans l'influenza, par Liégeois. (*Progrès médical,* 19 mars.) — Névrite optique papillaire et rétrobulbaire suite de grippe, par Antonelli. (*Giorn. int. d. sc. med.*, 2.) — Méningite à streptocoques, abcès symétriques du cervelet au cours de la grippe, par Trouillet. (*Dauphiné méd.*, 1er mars.) — Gripppe et névroses, par Savage. (*Journ. of mental. sc.*, juillet.) — Névralgie cardiaque suite de grippe, par Thomson. (*Brit. med. j.*, 21 mai.) — Gangrène symétrique des pieds d'origine grippale, par Bondet. (*Province méd.*, 19 mars.) — Phlébite et paralysie post-grippales, par Boucher. (*Normandie méd.*, 1er juin.) — De la phlébite grippale, par Chaudet. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — 3 cas de phlébite grippale, par Rendu. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 mars.) — De la forme gastro-intestinale de l'influenza, par Fröhlich. (*Wien. med. Woch.*, 8). — Grippe et puerpéralité, par Loviot. (*Nouv. arch. d'Obst.*, 25 avril.) — Des éruptions cutanées dans l'épidémie actuelle de grippe, par Carrieu. (*Montpellier médical*, 14 et 15.) — Dermatite aiguë suite de grippe, par Taylor. (*Brit. med. j.*, 23 avril.) — Un cas d'influenza avec éruption, par Robinson. (*Boston med. journ.*, 30 juin.) — Éruptions cutanées dans l'influenza, par Mason. (*Ibid.*, février, p. 162.) — Arthropathie grippale, par Teissier. (*Lyon méd.*, mai.) — La grippe et l'oreille moyenne, par Downie. (*Lancet*, 28 mai.) — Les succès de la suggestion thérapeutique dans la grippe, par J. Grossmann. (*Berlin.*) — Quelques considérations sur l'influenza et son traitement par la phénacétine, par Baude. (*Bull. méd. du Nord*, 8, p. 173.)

Grossesse. — Diagnostic de la grossesse entre la seconde et huitième semaine par l'examen bi-manuel, par Dickinson. (*New-York med. record*, p. 333, 19 mars.) — Des soins à donner aux femmes enceintes, par Green. (*Boston med. Journal*, 25 février.) — Larmoiement anormal comme réflexe de l'état de grossesse, par Nieden. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, oct.) — Goitre et grossesse, par Joffroy. (*Union médicale*, 10 mai.) — Kyste de l'ovaire et grossesse, par Potherat. (*France méd.*, 13, p. 198.) — Rétrécissement mitral et grossesse, par Merklen. (*Semaine méd.*, 9 juillet.) — Hypertrophie polypoïde de la muqueuse vaginale dans la grossesse, par Rissmann. (*Cent. f. Gynæk.*, 18 juin.) — Atrophie optique durant la grossesse, accouchement prématuré artificiel, par Valude. (*Annal. d'ocul.*, avril.) — Deux cas de grossesses et d'accouchements à terme suivis de l'opération d'Alexander-Adams, par Johnson. (*Boston med. Journal*, 14 avril.) — Un cas d'hyperémèse de la grossesse avec névrite multiple, par Solowieff. (*Cent. f. Gynæk.*, 2 juillet.) — Vomissements graves de la grossesse, par Weiss. (*Cent. f. ges. Therap.*, août.) — Emploi du menthol dans l'hyperémèse de la grossesse, par Weil. (*Ibid.*, août.) — Vomissements incoercibles chez une femme enceinte de quatre mois traités par suggestion, guérison, par Choteau. (*Arch. de tocol.*, avril.) — Des hémorragies internes de l'utérus gravide, par Mlle de Forin. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Grossesse gémellaire aiguë, par Remy. (*Arch. de tocol.*, juin.) — 1° Grossesse gémellaire, rétention du placenta, guérison; 2° grossesse et rupture anévrismale, mort, par Bejan. (*Bull. Soc. méd. Jassy*, VI. 3.) — Des grossesses multiples, par Étienne. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin.) — Du traitement thermal pendant la grossesse, par Caulet.

(*Bull. de thér.*, 15 mai.) — Nouveaux documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine, par PINARD. (*Ann. de gynécol.,* juillet.) — Anatomie du placenta dans la grossesse abdominale, par G. ROMITI. (XVI[e] *Congrès de l'Ass. méd. ital. Sienne*, 16, 20 août.) — La diminution du placenta dans la grossesse extra-utérine après la mort du fœtus, par HART. (*Americ. j. of obst.*, juin.) — De la grossesse abdominale, par SUTUGIN. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIV, 1.) — De la grossesse tubaire, par JOUON. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Deux cas de grossesse extra-utérine terminés par rupture, par REMY. (*Arch. de tocol.*, mai.) — Grossesse extra-utérine, avortement par les voies naturelles à la 14[e] semaine, par ROBINSON. (*N. York med. journ.*, 18 juin.) — Grossesse ectopique, par STONE. (*Americ. j. of obst.*, avril.) — De la grossesse extra-utérine répétée chez la même femme, par ROCQUET. (*Thèse de Paris*, 5 mai.) — Traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine dans les derniers mois de la grossesse, par FROEMMEL. (*Münch. med. Woch.*, 1.) — Grossesse extra-utérine datant de 5 mois, laparotomie, extraction du fœtus vivant, par MARCHAND. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 302.) — Grossesse extra-utérine, laparotomie pratiqué 5 mois après la mort du fœtus à terme, guérison, par DELAISSEMENT. (*Ann. de gyuéc.*, mai.) — Grossesse tubaire, rupture, laparotomie, guérison, par WAITZ. (*Deutsche med. Woch.*, 3, p. 52.) — Grossesse extra-utérine abdominale datant de 5 mois, laparotomie, extraction du fœtus vivant, guérison, par MARCHAND. (*Gaz. des hôp.*, 17 mai.) — Trois cas de grossesse tubaire, guérison par la laparotomie 2 fois après, une fois avant la rupture de la trompe, par CULLINGWORTH. (*St. Thomas's hosp. Rep.*, XX.) — Grossesse tubaire, rupture dans la cavité péritonéale, laparotomie, guérison, par NASH. (*Brit. med. j.*, 23 juillet.)

Gynécologie. — Leçons sur la gynécologie clinique, par P. ZWEIFEL. (*Berlin.*) — Conception et limites de la gynécologie, par E. CURATOLO. (*Riforma medica*, 4 mars.) — Maladies des femmes, par HEINRICH FRISCH. (*Berlin.*) — Travaux du 4[e] Congrès de la Société allemande de gynécologie, par G. VEIT et G. KRUKENBERG. (*Leipsig.*) — Gynécologie, séméiologie génitale, par AUVARD. (In-16, 175 p., *Paris.*) — Notes gynécologiques prises parmi les Indiens, par HOLDER. (*Americ. j. of obst.*, juin.) — Applications de la galvanocaustie thermique à la gynécologie, par CHÉRON. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 avril et 25 mai.) — Influence du repos dans le traitement des maladies des femmes, par SLOAN. (*Glasgow med. journ.*, juin.)

H

Helminthe. — Sur les embryons de la filaire du sang chez l'homme par DE NABIAS et SABRAZÈS. (*Soc. de biol.*, 21 mai). — Sur les œufs et l'embryon du bilharzia hœmatobia, par CAHIER. (*Soc. de biol.*, 25 juin.) — A propos des manifestations chirurgicales de la filariose, par MAGATHAES. (*Rev. de Chir.*, juin.) — Étude de la bilharzia hœmatobia, par RATHELOT. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Migration d'un lombric dans les muscles profonds de la nuque passant à travers la colonne vertébrale par un abcès scrofuleux ouvert dans le pharynx, par BRIGIDI. (*Gaz. d. Ospit.*, 4 juin.) — Du distomum folium, par BRAUN. (*Centralbl. f. Bakt.*, XI, 15. — Formation des organes excréteurs, des lignes latérales et de la cavité abdominale des

nématodes, par HAMANN. (*Ibid.*, XI, 16, p. 501.) — La sortie des ascarides dans les mouvements fébriles, par DEMATEIS. (*Ibid.*, XI, p. 653.) — Quelques expériences faites dans le but d'obtenir artificiellement des cestodes vivants, par LÖNNBERG, (*Ibid.*, XI, p. 89.) — Les ascarides pendant la fièvre, par DEMATEIS. (*Giornale Accad. di medic. Torino*, février, p. 191.)

Hémoglobinurie. — Méthémoglobinurie paroxystique, par GILLESPIE. (*Edinb. med. j.*, juin.) — Gravelle oxalique et hémoglobinurie paroxystique a frigore, par BOURSIER. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, avril.)

Hémorragie. — Six cas d'hémorragie accidentelle, par JARDINE. (*Glasgow med. journ.*, juin.) — Hémorragies infectieuses dans la série, par CHARRIN. (*Soc. de biol.*, 7 mai.) — L'atropine dans l'hémoptysie, par ROCHESTER. (*New York med. record*, 2 janv.) — Des hémorrhagies gastro-intestinales chez le nouveau-né, par GRYNFELT. (*Montpellier méd.*, 7, p. 125.) — Des métrorragies essentielles ou idiopathiques, par DUPUY. (*Thèse de Paris*, 5 mai.) — Hémorragies de la délivrance, par GRYNFELT. (*Rev. gén. de Clin.*, 12, p. 223. — Les hémorragies de la délivrance et leur traitement, par GALLOIS. (*Dauphiné méd.*, 1er mars.) — Du traitement des hémorragies post partum chez les femmes hémophiliques, par MAREU. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Hydrastinine contre les hémorragies utérines, par GOTTSCHALK. (*Therap. Monats.*, mai.) — Injections intra-veineuses de solution saline normale pour les hémorragies graves puerpérales, par SPENCER (*Lancet*, 11 juin.) — Le traitement des hémorragies dans l'avortement, le placenta prœvia et l'atonie utérine post partum, par DÖDERLEIN. (*Münch. med. Woch.*, 20, p. 339.) — Considérations sur le traitement des hémorragies ; injections salines artérielles dans ces hémorragies, par DAWBARN. (*New York med. record.*, p. 1, 2 janv.)

Hernie. — Sur la hernie ischiatique, par SCHWAB. (*Arch. de méd.*, juillet). — Contribution à l'étude des variétés exceptionnelles de hernies inguinales ; hernies inguinales ; hernie inguinale droite à sac diverticulaire latéral rétro-funiculaire, étranglement produit par l'orifice de communication des deux sacs, kélotomie, guérison, par DUBAR. Rapport par PÉRIER. (*Bull. acad. méd.*, 26 avril.) — Hernie para-ombilicale étranglée d'origine traumatique. Laparotomie, par MAUNY. (6e *Cong. franç. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 19 avril.) — Hernie dans l'hiatus de Winslow, laparotomie, guérison, par NEVE. (*Lancet*, 28 mai.) — Appendice vermiforme renfermant un corps étranger et contenu dans un sac herniaire, par H. SCHMID. (*Münch. med. Woch.*, 17, p. 288.) — Hernie crurale étranglée et enflammée de l'appendice iléo-cœcal, par E. SCHWARTZ. (*Rev. génér. de clin.*, 20, p. 313.) — Hernie inguino-scrotale congénitale, ectopie testiculaire, traitement par la méthode de Bassini, par C. CALIARI. (*La Riforma medica*, 13 février.) — Épiplocèle adhérente douloureuse de l'ombilic, cure radicale, par V. LÉVI. (*Riforma medica*, 12 avril.) — Une forme curieuse de rétrécissement intestinal, par étranglement herniaire, par GARRÉ. (*Bret. z. klin. Chir.*, IX, 1). — Traitement de la hernie gangrenée, par BURRELL. (*Boston med. journ.*, 3 mars). — Traitement de la hernie gangrenée, par GAY. (*Ibid.*, 3 mars.) La cure herniaire de Schwalbe à la clinique de Billroth, par Ed. STEFFEN. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 janvier.) — Cas très compliqué de hernie inguinale, cure radicale, par l'opération de Bassini, par HULKE. (*Lancet*, 16 juillet.) — De la cure radicale de la hernie inguinale, nouveau procédé, par PARONA. (*Gaz. med. Lombardia*, 26 décembre 1891.) — Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies, par RICHELOT. (6e *Cong. franç. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 19 avril.) — La cure radicale des hernies

scrotales du premier âge, par KAREWSKI. (*Deutsche med. Woch.*, 5, p. 95.) — Cure radicale de la hernie crurale, par SCHWARTZ. (*Rev. gén. de clin et de thér.*, 6, p. 81.) — Sur l'opération de la cure radicale des hernies crurales, par BERGER. (*Bull. soc. de Chir.*, XVIII, p. 341.)

Herpès. — Les principales variétés de l'herpès, par FOURNIER. (*Gaz. des hôp.*, 2 juin.) — L'évolution générale de l'herpès, par FOURNIER. (*Gaz. des hôp.*, 24 mai.) — Herpès gestationis, dermatite polymorphe prurigineuse récidivante de la grossesse, par BATAILLE. (*Société franç. de dermat.*, 12 mai).

Histologie. — Les notations optiques du microscope, par RAUGÉ. (*Lyon méd.*, 24 avril.) — Précis d'histologie, par J. DISSE. (*Stuttgart.*) — Traité d'histologie et d'anatomie microscopique humaine, par Philipp STOEHR. (*Iéna.*) — De la coloration par le rouge de Congo, par ALT. (*Münch. med. Woch.*, 4.)

Hôpital. — Les cliniques et les grands hôpitaux de Berlin, par JAYLE. (*Gaz. des hôp.*, 26 mai.) — Les édifices hospitaliers depuis leur origine jusqu'à nos jours, par TOLLET. (In-folio, 320 p. *Paris.*) — L'assistance maritime des enfants et les hôpitaux marins, par LEROUX. (In-8°, 280 p., *Paris.*) — L'asile de St-Robert de 1840 à 1890, par CORNET. (*Thèse de Paris*, 16 juin.) — De l'hospitalisation des malades chroniques dans la ville de Boston, par KNAPP. (*Boston med. journal*, 21 avril). — Hôpitaux d'isolement, par ROSS. (*Edinb. med. journ.*, juillet.) — L'hôpital berlinois pour enfants dit de l'empereur et de l'impératrice Frédéric, par George MEYER. (*Berlin. klin. Wochens.*, avril.) — Des maisons de convalescence en Grande-Bretagne, par VALENCE. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 avril.)

Hydatide. — Kyste hydatique du poumon gauche suppuré, par BRAQUEHAYE. (*Bull. soc. anat. Paris*, 1er juillet.) — Kyste hydatique de la plèvre, par PORTE. (*Lyon méd.*, 15 mai.) — Sur un cas de kyste hydatique pédiculé du foie ayant simulé une tumeur de la paroi abdominale, extirpation, par SCHWARTZ. (*Bull. soc. de Chir.*, XVIII, p. 363.) — Kyste hydatique du foie traité avec succès par la laparotomie et le drainage, par RICHARDSON. (*Boston med journal*, 23 avril.) — Hydatide de la rate, par GRANT et SNELL. (*Hunterian soc.*, 27 avril.) — Hydatides de la rate, par MACLAREN. (*Brit. med. journ.*, 7 mai.) — Extirpation d'épiploon pour kystes hydatiques, par GOULLIOUD. (*Lyon méd.*, 1er mai.) — Kyste hydatique du rein pris pour une tumeur solide de cet organe. Néphrectomie, rein unique ; mort d'urémie, par HOUZEL. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er avril.)

Hygiène. — Traité d'hygiène publique, par RUATA. (*Citta di Castello.*) — Éléments d'hygiène, par PRAUSNITZ. (*Munich.*) — Sur l'enseignement actuel de l'hygiène dans les universités, par A. SERAFINI. (*La Riforma medica*, 9 janvier.) — Guide d'hygiène, par Aug. GAERTNER. (*Berlin.*) — Hygiène et prophylaxie dans les stations maritimes, par LEGRAND. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Le congrès d'hygiène ouvrier, par DROUINEAU. (*Rev. scientif.*, 21 mai.) — Rapport au ministre de l'Intérieur des Pays-Bas sur le 7e Congrès international d'hygiène et de démographie, par RUYSH, van OVERBEEK DE MEYER et STÉKOULIS. (*Le Mouvement hygiénique*, VIII, 11, 57, 102 et 130, janvier à avril.) — Changements dans les conditions de la santé publique depuis le moyen âge, par CREIGHTON. (*Med. Magazine*, juillet.) — L'hygiène et la police sanitaire dans les stations sanitaires, par P. BOULOUMIÉ. (*Rev. d'hyg.*, XIV, p. 110, février.) — Quelques considérations sur

les réformes sanitaires en Orient, par Léonard Arnaud. (*Rev. d'hyg.*, XIV, 40, janvier.) — Hygiène des campagnes bretonnes et morbihannaises, par Leissen. (*Thèse de Paris*, 30 juin.) — État sanitaire de la ville de Lyon de 1872 à 1889, par Clément. (*Lyon méd.,* 24 juillet.) — La défense sanitaire de Paris, par Martin. (*Gaz. hebd. Paris*, 11 juin.) — La concentration de la population dans les villes, par Poore. (*Lancet*, 14 mai.) — La dépopulation de la France, par Arthur Wurzburg. (*Hyg. Rundsch.*, II, 173.) — Application de la loi Roussel dans le département de la Seine en 1890 et sur la question des crèches, par Blache. (*Bulletin méd.*, 27 juillet.) — L'hygiène à bord des navires de guerre, par A. Plumert. (*Pola*, 1891.) — De la conférence internationale de Venise, par Proust. (*Bull. méd.*, 26 juin.) — Les conditions hygiéniques des écoles du district de Teschen (Silésie autrichienne), par B. Fizia. (*Zeitschrif. f. Schulgesundhpf.* IV et *Hyg. Rundsch.*, II, 47.) — Le nouveau lycée de Brunswick, par F. Gittermann. (*Zeitschr. f. Schulges.*, IV et *Hyg. Rundsch.*, II, 49.) — Rapport au ministre des affaires médicales sur la construction et l'administration des hôpitaux, par Rubner. (*Hyg. Rundsch.*, II, 46.) — Les procédés de chauffage central dans les écoles et les hôpitaux, au point de vue de l'hygiène, par Ostmann. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, III, 169, janvier.) — La propreté corporelle dans les établissements d'enseignement secondaire de la Grande-Bretagne, par W. Douglas Hogg. (*Rev. d'hyg.*, XIV, p. 217, mars.) — Rapport à la Société vaudoise de médecine sur le surmenage scolaire, par Combe. (*Rev. médic. Suisse romande*, XII, 170, mars.) — L'hygiène dans les écoles primaires publiques de Londres, par Mangenot. (*Ibid.*, XIV, 127, février.) — Les maisons ouvrières en Angleterre, par L. Vintras. (*Ibid.*, XIV, 161, février.) — Installation des cabinets d'aisances dans les habitations privées, par L. Masson. (*Ibid.*, XIV, 58, janvier.) — Nouvelle méthode de détermination de l'humidité des murailles, par Emmerich, (*Münch. med. Woch.*, 18, p. 304.) — L'état de santé des égoutiers de Munich, par Prausnitz. (*Arch. f. Hyg.*, XII et *Hyg. Rundsch.*, II, 15.) — Sur la désinfection des milieux ambiants, par Bordoni-Uffreduzzi. (*Arch. per. le sc. med.*, XVI, 1.) — Le chauffage des voitures de chemin de fer, par Ad. Schœller. (*Annales d'hyg. publ.*, XXVII, 137, février.) — Le filtre Garros, par Cazeneuve. (*Lyon méd.*, 17 avril et 2 mai.) Panier pour le transport et la désinfection des bougies des filtres Chamberland, par Schmit. (*Arch. de méd. milit.*, juin.) — Sur le passage des solutions de caséine à travers la porcelaine, par Hugounenq. (*Lyon méd.*, 17 juillet.) — Les lieux saints d'Arabie, leur approvisionnement d'eau, leurs conditions sanitaires, par Wortabet. (*Lancet*, 14 mai.) — La désinfection en France, par Martin. (*Gaz. hebd. Paris*, 28 mai.) — Étude à incubation et à stérilisation, par Caussedebat. (*Marseille médical*, 9, p. 289.) — La destruction et l'utilisation des immondices urbaines en Angleterre, par Th. Weyl. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 43, 18 janvier.) — Rapport sur l'installation d'un dépôt d'immondices à St-Cloud (Seine), par du Mesnil. (*Rev. d'hyg.*, XIV, 53, janvier.) — De la perte en valeur nutritive de la viande de bœuf par le salage et des modifications de la saumure salpétrée, par Polenske. (*Arbeiten. aus. d. k. Gesundhamte*, VII et *Hyg. Rundsch.*, II, 143.) — Instruction générale pour l'organisation du service d'inspection des viandes en Belgique. (*Mouvement hygiénique*, VIII, 115, mars.) — Les frais de l'examen des viandes trichinées à Berlin, par H. Wasserfuhr. (*Hyg. Rundsch.*, II, p. 81.) — Recherche de la viande de cheval frauduleusement substituée à d'autres viandes, par Niebel (plus grande richesse en glycogène.) (*Zeitschrif. f. Fleisch.-und Milch-Hyg.*, I et *Hyg. Rundsch.*, 98.) — Une tuberculose généralisée est-elle toujours synonyme d'insalubrité de la viande? par Ostertag. (*Hyg. Rundsch.*, II, 140.) — Sur l'utilisa-

tion de la viande des animaux de boucherie atteints de tuberculose, par E. Perroncito. (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, février, p. 161.) — La question de la tuberculose au point de vue de l'inspection des viandes, par Anton Sticker. (*Cologne.*) — Circulaire ministérielle belge du 12 décembre 1891 relative aux récipients alimentaires. (*Mouvement hygiénique*, VIII, 37, janvier.) — Circulaire ministérielle belge relative au règlement relatif à la préparation des farines, du pain, etc. (*Ibid.*, VIII, 39, janvier.) — Résultats de l'enquête sur la diffusion de la pommelière parmi les bêtes à cornes de l'empire d'Allemagne, par Roeckl. (*Arb. aus d. k. Gesdhamte*, VII et *Hyg. Rundsch.*, II, 51.) — Critique d'ordonnances allemandes concernant la vente de la viande de bêtes tuberculeuses, par Ostertag. (*Zeitschr. f. Fleisch.-und Milch-Hyg.*, I.) — Même sujet, par Schmaltz. (*Berlin. Thieraerztl. Wochens.*, VII et *Hyg. Rundsch.*, II, 21.) — L'appréciation de la viande des animaux tuberculeux remis à l'étal de basse boucherie, par Neuber. (*Hyg. Rundsch.*, II, 1.) — Résultats d'analyses de boîtes de conserves en ce qui touche la réglementation allemande sur les alliages plombifères, par J. Pinette. (*Hyg. Rundsch.*, II, 25). — A propos de la décortication du blé pour fabriquer le pain, par Rubner. (*Arch. f. Hyg.*, XIII.) — Les fraudes concernant le beurre hollandais, par van Hamel Roos. (*Revue intern. des falsif.*, IV et *Hyg. Rundsch.*, II, 21.) — L'examen du beurre à l'aide de l'oléoréfractomètre, par A. Lobry de Bruijn et van Leet. (*Rev. intern. des falsif.*, IV et *Hyg. Rundsch.*, II, 21). — La fuchsine au point de vue de la toxicologie et de l'hygiène, par Cazeneuve. (*Lyon méd.*, 19 juin.) — Rapport au comité prussien des affaires médicales sur l'appareil à débiter la bière de Denecke, par E. von Esmarch. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, III, 206, janvier.) — Emplois industriels du chromate de plomb, par F. Schuler. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 68, 1er février.) — Arrêté royal belge du 2 mars 1892 relatif au transport par eau des produits explosifs. (*Mouvement hygiénique*, VIII, 119, mars.) — Police sanitaire de la prostitution à Paris, par Oscar Lassar. (*Berlin. klin. Wochens.*, 85, 1er février.)

Hypnotisme. — L'hypnotisme dans les établissements hydrothérapiques, par Schuetze. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 319, 28 mars.) — De la visibilité des effluves magnétiques et électriques chez les sujets en état hypnotique, par Luys. (*Soc. de biol.*, 28 mai.) — De la visibilité, par les sujets en état hypnotique, des effluves dégagés par ces êtres vivants, par Luys. (*Ibid.*, 16 juillet.) — Applications variées de la suggestion chez un hystéro-épileptique, par Bourdon. (*Rev. de l'hypnot.*, juin.) — Obstruction intestinale de nature hystérique guérie par suggestion hypnotique, par Bénard. (*Ibid.*) — Le traitement par suggestion des phénomènes morbides de l'instinct sexuel, par A. von Schrenck-Notzing. (*Stuttgard.*)

Hystérie. — Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes, par Guinon. (*Progrès médical*, 12 mars.) — Les possédés et les démoniaques à Genève au XVIIe siècle, par Paul Ladame. (*Genève.*) — Nature de l'hystérie, par Boon Keng. (*Edinb. med. Journ.*, mai.) — Considération sur la catalepsie, par Hospital. (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Somnambulisme spontané dans ses rapports avec l'hystérie, par Mesnet. (*Arch. de neurol.*, mai.) — Sur le diagnostic de l'hystérie et de l'épilepsie, par Féré. (*Soc. de biol.*, 14 mai.) — Sur les attaques de sommeil hystérique, par Hyvernaud. (*Thèse de Paris*, 9 juin.) — Valeur de l'examen périoptométrique dans le diagnostic de l'hystérie, par P. Zaniboni. (*La Riforma medica*, 27 janvier.) — La nutrition dans l'hystérie, par Gilles de la Tourette et Cathelineau. (*Soc. de biol.*, 9 avril.) —

Sur les troubles de la nutrition dans l'hystérie, par Bosc. (*Soc. de biol.*, 7 mai.) — Sur l'inversion de la formule des phosphates éliminés par l'urine dans l'hystérie et l'épilepsie, par Voisin. — *Idem* par Oliviero; réponse à Gilles de la Tourette, par Féré. (*Soc. de biol.*, 23 avril.) — Pyrexie hystérique, par Affleck. (*Edinb. med. journ.*, août.) — Fièvre hystérique, par Estèves. (*Nouvelle Icon. de la Salpêtrière*, 1, p. 42.) — Le sommeil provoqué par l'occlusion des oreilles et des yeux chez les individus affectés d'anesthésie hystérique généralisée, par Ballet. (*Progrès médical*, 25 juin.) — Du dédoublement de la personnalité d'origine hystérique, par G. Guinon. (*Progrès médical*, 2 juillet.) — L'anesthésie hystérique, par Janet. (*Arch. de neurol.*, n° 69, mai.) — Mutisme hystérique guéri par la faradisation, par Troisier. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 avril.) — Un cas de mutisme hystérique, par Natier. (*France méd.*, 12, p. 179.) — Quelques obs. sur le mutisme hystérique, par Koch. (*Ann. mal. de l'or.*, juillet.) — Du hoquet hystérique, par Moreau. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Deux nouveaux faits de tremblement hystérique chez l'homme adulte, par Laveran. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 1er avril.) — Sciatique et hystérie, par Achard et Soupault. (*Gaz. des hôp.*, 21 juillet). — De l'hystérie dans ses rapports sur la syphilis secondaire, par Bertrand. (*Thèse de Lyon.*) — Hystéro-syphilis, carie ethmoïdienne, hémiparésie et hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche, par Hudelo. (*Soc. de dermat.*, 7 juillet.) — Hystérie mâle. Guérison rapide des accidents convulsifs par la suggestion impérative, par Pris et Brunon. (*Normandie méd.*, 1er mai.) — Grossesse et hystérie, par Réville. (*Thèse de Paris*, 19 mai.) — 3 cas de paralysie hystérique traumatique chez des hommes, durant depuis 28 et 29 ans, par Prince. (*Americ. j. of med. sc.*, juillet.) — Une castration chez la femme, pour hystérie grave. Guérison, par G. Romiti. (*Rivista gen. Ital. di Clin. medica*, 3, p. 50.) — Note sur l'hystérie ovarienne chirurgicale, par Janni. (*La Riforma medica*, 12 janvier.) — Les manifestations oculaires de l'hystérie, par Pansier. (*Thèse de Montpellier.*) — De la contracture partielle hystérique du muscle accommodateur déterminant l'astigmatisme, par Galezowski. (*Soc. de biol.*, 9 avril.) — Contribution à l'étude de l'hystérie, paralysie du sphincter de l'iris et de l'accommodation, par Röder. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, novembre 1891.) — Paralysie hystérique des pupilles et de l'accommodation guérie par la suggestion hypnotique, par Donath. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, II, 2 et 3.) — Anesthésie de l'urètre et rétention d'urine. Morsure de la langue chez les hystériques. Épilepsie hystérique, par Mathieu. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 mai.) — Traitement de l'hystérie, par Blocq. (*Gaz. des hôp.*, 21 mai.) — Contribution au traitement de l'hystérie, par Alt. (*Münch. med. Woch.*, 9, p. 142.)

I-K

Ichthyose. — Cas extraordinaire d'ichthyose généralisée avec altérations des muqueuses buccale et nasale et des cornées, par Thibierge. (*Soc. franç. de dermat.*, 9 juin.)

Idiotie. — De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots, par Taquet. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — L'assistance publique pour idiots, par H. Kurella. (*Berlin. klin. Wochens.*. 25 janvier.)

Impetigo. — Impetigo de Bockhart; abcès de l'épiderme occasionnés par les cocci du pus, par Unna. (*Ann. de dermat,*, III, 5.) — De l'impetigo herpétiforme, par Dubreuilh. (*Ibid.*, III, 4.)

Inanition. — Des altérations du système nerveux central et périphérique à la suite de l'inanition aiguë, par Peri. (*Sperimentàle,* XLVI, 3.)

Infection. — Étude des échanges gazeux dans les infections, par Trambusti. (*Sperimentale*, XLVI, 3.) — De la spontanéité des maladies infectieuses, par Fiessinger. (*Gaz. méd. Paris*, 28 mai.) — Du rappel d'une maladie diathésique à l'état latent par une maladie infectieuse aiguë, par Verneuil. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 février.) — Influence de l'élévation et de l'abaissement artificiels de la température sur la marche des processus infectieux, par Rovighi. (*Mercredi méd.*, 3 août.) — Guide pour la prophylaxie des maladies infectieuses, par Fabbri. (In-16°, 280 p., *Milan.*) — Les maladies infectieuses dans les villes, en particulier à Denver, par Lewall. (*Med. News,* 4 juin.) — Nouvelles recherches sur la méthode de traitement spécifique des maladies infectieuses par le sérum et l'antitoxine, par Gottstein. (*Therap. Monats.*, juin.) — Cas de chirurgie septique et aseptique, note sur l'infection cutanée, par Lockwood. (*Brit. med. j.*, 28 mai.)

Inflammation. — Leçons sur la pathologie comparée de l'inflammation, par Metchnikoff. (In-8°, 210 p., *Paris.*) — La nature de l'inflammation d'après des découvertes récentes, par Carr. (*New York med. journ.*, 23 avril.)

Injection. — Des injections sous-cutanées ou intra-veineuses d'extraits liquides de nombre d'organes comme méthode thérapeutique, par Brown-Séquard et d'Arsonval. (*Acad. des sc.*, 13 juin.) — La méthode de Brown-Séquard et les injections de liquides retirés des divers tissus de l'organisme, par Dauriac. (*Gaz. des hôp.*, 2 juillet.) — Sur les injections sous-cutanées de sublimé dissous dans l'huile, par Burlureaux. (*Soc. franç. de dermat*, 24 avril.) — De la cocaïne dans les injections intra-utérines, par Lediberder. (6° *Cong. franç. chir.*, *Gaz. des hôp.*, 26 avril.)

Intestin. — Anatomie de la valvule iléo-cœcale, par Oscar Kraus. (*Arch. f. klin. chir.*, XLIV, 2.) — Appendice cœcal, anatomie, embryologie, par Clado. (*Soc. de biol.*, 30 janvier.) — De la flexion sigmoïde de l'intestin, par von Samson. (*Arch. f. klin. Chir.,* XLIV, 1.) — Des propriétés du suc intestinal pur, de l'absorption intestinale et de la pression intra-abdominale, par Tubby et Manning. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVIII.) — Sur l'absorption intestinale sans osmose, par Reid. (*Brit. med. j.*. 28 mai.) — Obs. de diverticulum de Meckel, par Kelynack.(*Journ. of anat.*, juillet.) — Etude de l'indigestion intestinale, par Van Valzah. (*N. York med. journ.*, 23 juillet.) — Lésions intestinales d'origine toxique, par Charrin. (*Soc. de biol.*, 7 mai.) — Causes et traitement de la diarrhée chronique, par G. Roosa. (*New York med. record*, p. 337, 26 mars.) — 2 cas de colite ulcéreuse mercurielle pris pour des dyssenteries, par Virchow. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 16, 4 janvier.) — L'appendicite est-elle une maladie primitive ou secondaire, par Barker. (*N. York med. journ.*, 16 juillet.) — Sur l'appendicite vulgaire et la typhlite tuberculeuse, par Richelot. (*Union médicale*, 2 avril.) — De la péricolite, par Gachon. (*Thèse de Montpellier.*) — Plusieurs cas d'appendicite, par Ch. Mc Burney. (*New York med. record.*, p. 421, 14 avril.) — Quelques remarques sur la typhlo-appendicite

tuberculeuse, par Delorme. (*Gaz. des hôp.*, 16 avril.) — Appendicite, péritonite par perforation, mort, par Potherat. (*Soc. anat.*, 29 avril.) — Appendicite aiguë infectieuse sans perforation avec péritonite suppurée généralisée, résection de l'appendice, guérison, par A. Poncet. (*Gaz. des hôp.*, 14 juin.) — Appendicite gangreneuse, péritonite enkystée suppurée; péri-appendiculaire; péritonite purulente généralisée au début, laparotomie, guérison, par Gervais de Rouville. (*Soc. anat. Paris*, p. 354, mai.) — Remarques sur l'abcès sous-diaphragmatique et sur l'abcès rectal consécutifs à l'appendicite, par R. Weir. (*New York med. record*, p. 173, 13 février.) — Deux cas d'appendicite ; intervention chirurgicale. par Villar. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 juin.) — Traitement chirurgical de la pérityphlite, par Kammerer. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 3.) — Deux cas d'appendicite avec abcès traités avec succès par la ponction rectale, par Richardson. (*Boston med. journal*, 17 mars.) — Un cas d'appendicite ; opération, guérison, par Munro. (*Boston med. journal*, 30 juin.) — Recherches sur le traitement chirurgical de la pérityphlite à récidives, par Kuemmel. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — Plaie de l'intestin par coup de feu, péritonite, laparotomie, suture de l'intestin, guérison, par Cerné. (*Bull. soc. de Chir.*, XVIII, p. 278.) — L'emploi des tubes de verre pour le drainage de l'intestin dans la colotomie, l'ablation du rectum, l'occlusion intestinale et la colectomie, par Paul. (*Brit. med. j.*, 23 juillet.) — De l'anastomose et de la suture de l'intestin, par Abbe. (*New York med. record*, 2 avril.) — Un cas d'anastomose intestinale, opération de Senn, par Wright. (*Brit. med. journ.*, 30 avril.) — La résection du cœcum, par Gross. (*Semaine méd.*, 11 juin.) — Un cas de résection de l'intestin, compliqué de parotidite métastatique, par Stifler. (*Münch. med. Woch.*, 12, p. 201.) — De la résection du cœcum pour cancer ou rétrécissement cicatriciel, par Matlakowski. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIII, 4.) — Rupture traumatique complète de la moitié supérieure du jéjunum. Mort au bout de 2 heures par hémorragie interne, par Muller. (*Revue médic. Suisse romande*, XII, 168, mars.) — Rétrécissement congénital du colon ascendant et transversal, par Dodd. (*Lancet*, 11 juin.) — Invagination avec cancer du cœcum, par Coupland. (*Lancet*, 2 juillet.) — De l'extirpation du cœcum pour tuberculose, par Sachs. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 2.)

Iris. — Des mouvements de l'iris et de l'action de l'atropine et de l'ésérine sur la pupille, par Mlle Littauer. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — L'histoire de la pupille artificielle, par Hirschberg. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, janv.) — Iritis ancienne et iridectomie, par Puech. (*Rec. d'opht.*, mars.) — Les pseudo-colobomes de l'iris, par Rumschewitsch. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVII, 4.) — Kystes de l'iris, par Chevallereau. (*Soc. d'ophth.*, *Paris*, avril.)

Kyste. — Kystes des amygdales, du nez, du larynx et de l'oreille, par Mc Bride. (*Brit. med. j.*, 14 mai.) — Kyste séreux congénital, lymphangiome, latéro-thoracique, par Dubar. (*Bull. soc. anat.*, *Paris*. p. 186, avril.) — Extirpation par la bouche d'un kyste dermoïde median, réunion par première intention, par Quénu. (*Bull. soc. de Chir.*, XVIII, p. 387.) — Des kystes dermoïdes congénitaux rétro-auriculaires, par Lagnens. (*Thèse de Montpellier.*)

L

Lacrymal (app.). — Fonction des points lacrymaux, par GOULD. (*Med. News*, 28 juin.) — La blennorrée du sac lacrymal des nouveau-nés, par HADDAEUS. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, mars.) — Tuberculose probable de la glande lacrymale, par DE LAPERSONNE. (*Arch. d'opht.*, avril.) — Tumeurs symétriques des glandes lacrymales palpébrales et des parotides, par DE WECKER et MASSELON. (*Arch. d'opht.*, février.) — Un cas de sarcôme à petites cellules rondes des glandes lacrymales des deux yeux, par GIUDINI. (*Münch. med. Woch.*, 6.) — Méthode simple de traitement de l'obstruction lacrymale, par GOULD. (*N. York med. journ.*, 4 juin.) — Le curetage du sac lacrymal, par SICHEL. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — Le curetage du sac lacrymal sans incision cutanée, par TERSON. (*Ann. d'ocul.*, avril.)

Lait. — Deux nouveaux microbes du lait filant, par GUILLEBEAU. (*Ann. de microg.*, février.) — Réactions du lait de femme et du lait de vache dans leurs rapports avec celles de la caséine et des phosphates, par G. COURANT. (*Archiv für die gesammte Physiologie,* L, p. 109.) — Nouvelle méthode pour rechercher, par la force centrifuge, les bacilles tuberculeux dans le lait, par ILKEWITSCH. (*Münch. med. Woch.,* 5, p. 69.) — Dosage des matières grasses dans le lait aigre à l'aide de l'instrument de De Laval, par Martin EKENBERG. (*Chem. Ztg.*, XV et *Hyg. Rundsch.*, II, 56.) — De la valeur et des effets du lait bouilli et du lait cru, par DROUET. (In-8°, 120 p., *Paris.*) — Deux formules pour évaluer les falsifications du lait, par Th. GUENTHER. (*Chem. Ztg.*, XV et *Hyg. Rundsch.*, II, 20.) — Mauvais effets des cures de lait, par AGÉRON. (*Berlin. klin. Wochens.,* p. 18, 4 janvier.)

Langue. — Trichinose de la langue, par DE LA TORRE. (*Revista de med. y cir.*, 7 mars.) — Volumineux kyste congénital sous-lingual, par PAGET. (*London path. Soc.*, 17 mai.) — Résection partielle de la carotide primitive dans un cas de récidive ganglionnaire d'un épithélioma de la pointe de la langue, guérison, par GIRAUD. (*Journ. de méd.*, *Lille,* 25 mars.) — Un cas d'extirpation totale de la langue, par PICCININI. (*Raccoglitore med.*, XIII, 12.) — Modification de l'opération d'excision complète ou partielle de la langue, par LANE. (*Lancet,* 4 juin.)

Laparotomie. — Sur quelques indications de la laparotomie, par O. KUSTNER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 1, p. 8.) — Constance de la soif pendant 48 heures après toute laparotomie, par LANGENBUCH. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 316, 28 mars.) — Compresse oubliée dans le ventre et sortie spontanément par le rectum après 8 mois de séjour, par PILATE. (*Bull. soc. de Chir.*, XVIII, p. 251.) — Mèche de gaze iodoformée perdue dans l'abdomen, ablation par une nouvelle laparotomie, par MICHAUX. (*Ibid.*, p. 278.) — Cas de laparotomie, par STRONG. (*Boston med. journal*, 14 avril.)

Larynx. — Guide pratique pour l'examen des maladies du larynx, du nez et des oreilles, par BARATOUX. (In-18, *Paris.*) — De l'acte de la déglutition et de ses rapports avec le larynx, par RÉTHI. (*Wiener med. Presse,*

17 avril.) — Etudes microscopiques sur les phonogrammes, par J.-D. Boeke. (*Archiv für die gesammte Physiologie*, L, p. 297.) — Nécessité d'une éducation systématique de la voix pour les orateurs, par Sandford. (*Journ. of laryng.*, p. 215, mai.) — Les effets de l'altitude sur les muqueuses des voies aériennes, par Black. (*N. York med. journ.*, 9 avril.) — Troubles de la voix chez la femme dus aux maladies génitales, par Leonard. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 9 juillet.) — Des troubles de la gorge et du larynx liés aux anomalies de la menstruation, par E. Baumgarten. (*Deutsche med. Woch.*, p. 190.) — De la toux, causes, traitement par Chapell. (*N. York med. Journ.*, 28 mai.) — De la mort subite dans les lésions laryngées et trachéo-bronchiques, par Caillard. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Laryngite traumatique, par Goureau. (*Actualité med.*, 15 juin.) — Œdème de la glotte dû à l'iodure de potassium, par E. Baumgarten. (*Deutsche med. Woch.*, 9. p. 190.) — L'importance d'un diagnostic précis et rapide du siège, et d'une intervention rapide dans les suppurations extra-laryngées compliquées d'œdème de la glotte, par Toti. (*Sperimentale*, XLVI, 2.) — Laryngite œdémateuse, trachéotomie, pneumonie récidivée, guérison, par Dorange. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Des laryngites rubéoliques, par Godet. (*Thèse de Paris*, 19 mai.) — Périchondrite typhique du cricoïde et de la trachée, par Lacoarret. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 mai.) — Formes rares de périchondrite du larynx, par E. Baumgarten. (*Wien. med. Wochenschr.*, 7, p. 260.) — Eruption bulbeuse pemphigoïde du larynx, par Wagnier. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet, p. 512.) — Abcès idiopathique du larynx, par Milligan. (*Journ. of laryng.*, p. 207, mai.) — Abcès profond du cou avec symptômes aigus laryngés, trachéotomie, guérison, par Cousins. (*Journ. of laryng.*, p. 208, mai.) — Obs. rare d'ulcération d'une corde vocale, par Vacher. (*Rev. de laryng.*, 1er juin.) — La laryngite syphilitique, traitement par les insufflations de calomel, par Illine. (*Med. obosrenie*, XXXVII, 6.) — Syphilis du pharynx et du larynx chez un tabétique, par Lewin. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 176, 22 février.) — Accidents secondaires laryngés de la syphilis, par Poyet. (*Bull. méd.*, 1er mai.) — Fait insolite d'ulcérations laryngo-trachéales, par Max Rothmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 77, 25 janvier.) — Arthrite crico-aryténoïdienne due à la syphilis tertiaire chez une femme de 60 ans, guérison par le traitement ioduré, par Natier. (*Rev. de laryng.*, 1er juillet.) — Tumeur intra-laryngée, administration d'iodure, trachéotomie, pas d'ablation, guérison, par Woods. (*Roy. acad. of med. in Ireland*, 27 mai.) — Notes sur la tuberculose des voies aériennes supérieures, par M'Bride. (*Edinb. med. journ.*, août.) — Laryngite des tuberculeux, par Dardano. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.) — La tuberculose du larynx dans l'enfance, par Plicque. (*Ann. mal. de l'or.*, avril.) — Des rétrécissements tuberculeux du larynx et de leur traitement, par Kraus. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.) — Des sténoses du larynx chez les tuberculeux, par Gouguenheim. (*Union médicale*, 17 mars.) — Le traitement de la laryngite tuberculeuse en 1892. (*Rev. gén. de clin.*, 7, p. 103.) — De la trachéotomie dans la tuberculose laryngée, par Stein. (*Deut. med. Zeit.*, 9 juin.) — Lupus du larynx, dégénérescence épithéliomateuse, par Beausoleil. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 24 avril.) — Deux cas de lupus du larynx, l'un primitif l'autre secondaire, par Garel. (*Bull. méd.*, 4 mai.) — Lupus du larynx, examen histologique, par Leredde. (*Bull. soc. anat. Paris*, avril, p. 273.) — Chorée du larynx, guérison, par Meyjes. (*Monats. f. Ohrenh.*, mai.) — Spasme laryngé congénital, par Thomson. (*Edinb. med. chir. soc.*, 1er juin.) — Du pronostic et du traitement de la laryngite simple suffocante chez les jeunes enfants, par Dauchez. (*Rev. gén. de clin.*, 13, p. 201.) — Cas mortel de laryngite striduleuse chez un enfant de 6

jours, par Bowen. (*Ned. News,* 16 avril.) — Sur la contracture du muscle ary-aryténoïdien, par Ruault. (*Soc. de lar. de Paris*, 6 mai.) — Aphonie et dyspnée spasmodiques, par Onodi. (*Rev. de laryng.*, 1er août.) — La paralysie des abducteurs, par Raugé. (*Arch. int. de laryng.*, V, 3.) — Paralysie hystérique des abducteurs du larynx et du diaphragme associé à des mouvements particuliers du palais, par West. (*Lancet*, 6 août.) — Sur un nouveau symptôme des paralysies laryngées, odeur alliacée de l'haleine, par Fauvel. (*Rev. de laryng.*, 1er juillet.) — 1° Paralysie bilatérale des abducteurs, anévrisme, trachéotomie, mort. 2e Paralysie bilatérale des abducteurs d'origine centrale, par Wolfenden. (*Journ. of laryng.*, juillet.) — Les symptômes pénibles causés par l'hypertrophie de l'épiglotte, procédés de traitement, par Rice. (*N. York med. journ.*, 9 avril.) — Un cas de sténose sous-glottique, occlusion par pont membraneux, par Massei. (*Arch. ital. di laring.*, XII, 2.) — Les sangsues (hæmopis vorax) dans le larynx, par Leone. (*Boll. mal. dell' orecchio*, X, 7.) — Tubage du larynx dans les rétrécissements aigus et chroniques, par Schmiegelow. (*Monats. f. Ohrenh.*, 1.) — Contribution au tubage du larynx, par Petersen. (*Deutsche med. Woch.*, 9, p. 187.) — Tubage du larynx, par Schmiegelow. (*Nordiskt med. Arkiv.*, XXXIV, 11.) — Eversion du ventricule de Morgagni, par Beausoleil. (*Rev. de laryng.*, 1er juillet.) — Tumeurs bénignes du larynx, obs., par Thorner. (*Cincinnati Lancet clinic.*, 23 janvier.) — Papillome du larynx, par Simpson. (*Manchester clin. soc.*, 26 avril.) — Un cas d'atrophie d'une tumeur laryngée chez une enfant, par Thorner. (*Arch. int. de laryng.*, V, 3.) — 2 cas de laryngotomie par polypes, par Lewin. (*Berlin. klin. Wochens.*. p. 176, 22 février.) — Un cas de trachéotomie pour néoplasmes multiples (papillome) du larynx, par J. Solis-Cohen. (*International clinics,* janvier.) — Extirpation par voie naturelle des papillomes multiples du larynx chez l'enfant à l'aide de l'intubation avec tube fénêtré, par Lichtwitz. (*Bull. soc. de laryng. de Paris,* avril et *Ann. mal. de l'or.*, mai.) — Sarcome fuso-cellulaire inter-aryténoïdien, opération par les voies naturelles, guérison pendant 8 mois, récidive, trachéotomie, mort, par Délie. (*Rev. de laryng.*, 18 juin.) — Epithélioma primaire du larynx, intubation, trachéotomie, laryngotomie, laryngectomie, par Bayer. (*Arch. de laryng.*, 15 juillet.) — Un cas de laryngectomie, par J. Solis-Cohen. (*Journ. of laryng.*, juillet.) — Un cas de laryngectomie partielle, par Giles. (*Australasian med. Gaz.*, février.) — Laryngectomie pour cancer, par R. Koehler. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 161, 22 février.) — De la laryngectomie à la clinique de Kocher, par Lanz. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 1.) — Nouvelle forme de pince laryngée, par M'Bride. (*Edinb. med. j.*, juin.) — Speculum dilatateur des cordes vocales et élévateur de l'épiglotte pour les opérations endolaryngiennes et sous-glottiques, par Dionisio. (*Ann. mal. de l'or.*, avril.)

Lèpre. — La question de la lèpre, par Blanc. (*Journ. americ. med. assoc.*, 23 avril.) — La lèpre dans le Kashmir, par Neve. (*Brit. med. j.*, 15 juillet.) — La lèpre au Brésil, par Abbott. (*Journ. of leprosy investig. committee*, 4, p. 14.) — La lèpre et la vaccination dans la Guyane anglaise, par Castor. (*Ibid.*, p. 35.) — Essai de culture du bacille de la lèpre, résultats positifs, par Ducrey. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVII, 1.) — Quelques points de l'anatomie pathologique de la lèpre, par Rake. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVIII.) — Sur l'éclosion tardive d'une lèpre, par Hallopeau. (*Soc. franc. de Dermat.*, 21 avril.) — De l'infiltration caséo-calcifiée des nerfs dans la lèpre systématisée nerveuse pure, par Marastang. (*Ibid.*) — Un cas de lèpre mutilante, par Bottez. (*Bull. soc. méd. de Jassy*, VI, 3.)

Leucémie. — Valeur diagnostique des cellules éosinophiles dans la leucémie et la maladie d'Hodgkin, par Kanthack. (*Brit. med. j.*, 16 juillet.) — Leçon sur la maladie de Hodgkin, par Dreschfeld. (*Brit. med. j.*. 30 avril.) — Un cas de leucémie splénique, par Eichhorst. (*Corresp.-Blätt. f. schweiz. Aerzte*, p. 145, 1er mars.) — Leucémie ganglionnaire lymphosarcômes malins ou polyadénites inflammatoires récidivantes, par A. Koehler. (*Berlin. klin. Wochens.*, 317, 28 mars.) — De la pseudo-leucémie, par Tissier. (*Gaz. des hôp.*, 23 juillet.)

Lèvre. — Epithélioma de la lèvre chez les femmes, par Purdy. (*Brit. med. j.*, 16 juillet.) — Un cas de macrochylie suite d'adénome de la lèvre, par Fraenkel. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 1.)

Lichen. — Lichen plan scléreux, par Darier. (*Soc. de dermat.*, 7 juillet.) Existe-t-il une forme vésiculeuse du lichen ruber ? par Moeller. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXXIV, 18.) — Obs. de lichen ruber, par Grindon. (*Journ. of cutan. dis.*, juin.) — Anatomie et pathologie du lichen des scrofuleux, par Sack. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIV, 11.) — Présence de bacilles tuberculeux dans le lichen scrofuleux, par Jacobi. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 127, 8 février.) — Lichen de Wilson, guérison par l'hydrothérapie chaude, par Jacquet. (*Soc. franc. de dermat.*, 21 avril.) — Traitement du lichen plan par l'hydrothérapie, par Materne. (*Ann. de dermat.*, III, 6.)

Lipome. — Lipomes multiples symétriques d'origine nerveuse, par Bouju. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Lipomes multiples et symétriques, par Antony. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 mars.) — Lipomes multiples chez un rhumatisant, par Rendu. (*Ibid.*, 25 mars.) — Lipomes multiples et symétriques chez un malade atteint de rhumatisme articulaire subaigu avec purpura des membres inférieurs, par Siredey. (*Ibid.*, 24 juin.) — Etude du lipome sous-pleural, par Gussenbauer. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — Sur 2 cas de lipomes de la région épigastrique, par Tulame. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Lipome sous-aponévrotique de la région dorso-lombaire simulant un abcès froid, par Petit. (*Journ. méd. Bordeaux*, 27 mars.) — Lipomes de la paroi antérieure du thorax, par Rodriguez. (*Bull. soc. anat.*, avril, p. 307.) — Lipome du bras pesant 22 livres, par E. Hahn. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 178, 25 janvier.)

Locomotion. — Sur le mécanisme de l'élévation du poids total du corps sur la pointe des pieds, par Bédart. (*Soc. de biol.*, 11 mai.) — De la claudication intermittente, par Magrez. (*Thèse de Paris*, 19 mai.) — Sur l'astasie-abasie, par Maigre. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Des troubles moteurs d'origine psychique, syndrome de Jaccoud, astasie-abasie, par Duprat. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.)

Lupus. — Le lupus, par Du Castel. (*Union médicale*, 29 mars.) — Deuxième cas de lupus érythémateux, complications mortelles, par Hardaway. (*Journ. of cutan. dis.*, juillet.) — Sur une érythrodermie inconnue et sur les raisons qui semblent la rattacher au lupus érythémateux exanthématique, par Besnier. (*Soc. franc. de derm.*, 21 avril.) — Lésions lupiformes de la face présentant l'aspect farcineux, par Hudelo. (*Ibid.*, 12 mai.) — Lupus tuberculeux de la face amélioré par des injections hypodermiques d'eugénol, par Gavoy. (*Ibid.*, 12 mai.) — Lupus ulcéreux de la face, par Saalfeld. (*Berlin. klin. Woch.*. p. 258, 14 mars.) — Diagnostic et traitement du lupus, par Corlett. (*Med. News*, 18 juin.) — Sur un nouveau

mode de traitement du lupus ulcéreux (applicat. d'huile de foie de morue), par Zilgien. (*Bull. méd.*, 13 janvier.) — Traitement du lupus par la méthode de Thiersch, par Urban. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 127, 8 février.) — Valeur diagnostique de la tuberculine pour le lupus, par Kaposi. (*Ibid.*, p. 127, 8 février.)

Luxation. — Luxation cervicale, par Macphail. (*Lancet*, 25 juin.) — Luxation simultanée des deux épaules, par Szczypiorsky. (*Gaz. des hôp.*, 8 juillet.) — De la luxation de l'épaule en bas et en arrière, par Villar. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 avril.) — Un cas de luxation volontaire de l'humérus, par Fuhr. (*Münch. med. Woch.*, 18, p. 302.) — Sur un cas de luxation sous-coracoïdienne de l'humérus atypique, par A. Poggi. (*La Riforma medica*, 6 avril.) — Résection de l'épaule pour une luxation récidivante, par Southam. (*Brit. med. journ.*, 4 juin.) — Luxation du coude gauche en arrière ; épanchement sanguin considérable ; persistance à la partie interne du pli du coude d'une tumeur de consistance cartilagineuse paraissant faire corps avec l'extrémité inférieure du brachial antérieur, par Annequin. (*Dauphiné méd.*, février.) — Luxation ancienne du coude réduite par opération, par Gerster. (*N. York surg. soc.*, 9 mars.) — Traitement des luxations anciennes du coude, par Sokolow. (*St Petersb.med. Woch.*, 14 mars.) — Luxation en arrière de la tête du radius, par Barnes (*Med. News,* 23 juillet.) — Luxation du corps en avant sans fracture des extrémités, réduction impossible, résection des têtes du radius et du cubitus, retour partiel des fonctions du poignet, par Gaudier. (*Gaz. des hôp.*, 28 juillet.) — Luxation complète en arrière de l'articulation métacarpo-phalangienne du 5e doigt, irréductibilité, arthrotomie, réduction, par Monprofit. (*Arch. prov. de chir.*, I, 1.) — Luxation sous-pubienne de la hanche gauche irréductible par les moyens ordinaires, tentative infructueuse de réduction par la méthode sanglante, ostéotomie intra-trochantérienne, guérison dans une bonne position, par Villeneuve. (*Rev. d'orthopédie*, III, 3.) — Luxation ischio-iliaque traumatique primitive chez un enfant de 5 ans, réduite au bout de 33 jours, par Paci. (*Arch. di ortopedia*, n° 5, 1891.) — De la réduction sanglante des luxations anciennes, arthrotomie de la hanche et traitement des luxations congénitales de la hanche, par Schede. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 3.) — Du traitement des luxations spontanées du fémur survenues dans le cours d'une coxalgie, par Calot. (6e *Cong. franc. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 30 avril.) — Subluxation congénitale du genou en avant, par Kirmisson. (*Bullet. soc. de chirurgie*, XVII, p. 725.) — Luxation du genou en dehors et en arrière, par Lefilliatre. (*Soc. anat.*, juin, p. 419.) — Luxation des deux genoux, par Manley. (*Buffalo med. journ.*, avril.) — Traitement de la luxation compliquée de l'articulation tibio-tarsienne, par Scudder. (*Boston med. journal*, 7 avril.) — Réduction d'une luxation de l'astragale, par V. Bergmann. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — Luxation de l'astragale en avant et en dehors sans fracture de la malléole externe, extirpation de l'astragale, guérison, par Gérard Marchant. (*Rev. d'orthop.*, III, 3.) — Une luxation en dehors de l'articulation de Chopart, par Fuhr. (*Münch. med. Woch.*, 10, p. 159.)

Lymphatique. — Sur les cœurs lymphatiques postérieurs de la grenouille, par Oehl. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 3.) — De la leucolyse et de la formation de la lymphe, par Loewit. (*Cent. f. klin. Med.*, 5 mars.) — Variétés cliniques de l'adénite cervicale tuberculeuse, par Péchaud. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — Des avantages du curettage dans certaines suppurations, principalement dans les adénites aiguës et chroniques, par Lan-

CIAL. (*Journ. de méd. Lille*, 8 avril.) — De la lymphangite tuberculeuse, de sa forme angiectasique, par GOUPIL. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — De l'hypertrophie simple des ganglions bronchiques, par THOMAS. (*Rev. mal. de l'enf.*, juin.) — Lymphadénome et adénopathie tuberculeuse, par DUPLAY. (*France méd.*, n° 8, p. 113.) — A propos d'un cas d'œdème, remarques sur le diagnostic et la nature de la maladie, par COMBEMALE. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Obs. de lymphangiome, par EPSTEIN. (*Journ. of cutan. dis.*, juin.) — Lymphangiome caverneux de l'aisselle chez un enfant de 2 ans, par SCHLEICH. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 26, 11 janvier.) — Ablation d'un lymphangiome caverneux de la paroi thoracique chez un enfant de 10 ans, par SCHLANGE. (*Ibid.*) — Du lymphangiosarcome, par KRUSE. (*Deutsche med. Woch.*, n° 5, p. 104.) — Lymphosarcome pigmenté du mésentère, mort par septicémie, par THIROLOIX. (*Soc. anat., Paris*, p. 227, mars.)

M

Main. — Des aponévroses de la paume de la main, par LEGUEU et JUVARA. (*Soc. anat. Paris*, 27 mai, p. 383.) — La polydactycie est-elle une variété théramorphe ou une malformation, par ZANDER. (*Arch. f. path. Anat.*, CXXV, 3.) — Syndactylisme traité par opérations et greffes de Thiersch, par LANGE. (*N. York surg. Soc.*, 9 mars.) — Sur un 2e cas de polydactylites suppuratives récidivantes, par HALLOPEAU. (*Soc. franç. de dermat.*, 22 avril.) — Déviations congénitales des phalanges des doigts (clinodactylie), par HERZOG. (*Münch. med. Woch.*, 20, p. 344.) — Opération de syndactylie, par VIERTEL. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 2.) — Traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire par une autoplastie, par BERGER. (*Bull. Acad. méd.* et *Bull. méd.*, 20 avril.) — Traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire par la méthode autoplastique, par ROGUES DE FURSAC. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Tumeur du médius chez un enfant nouveau-né, par CHAVANE. (*Soc. anat.*, avril, p. 337.) — Broiement de la main gauche; désarticulation médio-carpienne avec conservation du pouce, par SONNENBURG. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 256, 14 mars.) — Chirurgie conservatrice de la main, par SCHREIBER. (*Münch. med. Woch.*, 15 et 16, p. 250 et 271.)

Mal de mer. — Mal de mer, par DANVERS. (*Lancet*, 11 juin.) — La cause du mal de mer, par BARNEY. (*Boston med. journal*, 21 avril.) — Production d'un pseudo mal de mer par des troubles visuels complexes, recherches expérimentales, par HEWITT. (*Brit. med. j.*, 21 mai.)

Maladie. — Les maladies spécifiques dans leurs rapports avec les lois du parasitisme, par PAYNE. (*St. Thomas's hosp. Rep*, XX.)

Maladies prof. — Le papillome des raffineurs de pétrole, nouvelle série de recherches, par DERVILLE et GUERMONPREZ. (*Journ. sc. méd. Lille*, 1er avril.) — Les affections professionnelles des ouvriers mégissiers, par MENNESSIER. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Dilatation des joues chez les souffleurs de verre, par REGNAULT. (*Progrès médical*, 20 février.) — Hygiène professionnelle. Intoxication alcoolique chez un ouvrier fleuriste et feuillagiste, par COULON. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 février.) — Paralysie des

tourneurs sur métaux, par Walton et Carter. (*Americ. j. of med. sc.*, juillet.)

Malformation. — Malformation congénitale des pieds et des mains, par Thomson. (*Brit. med. journ.*, 4 juin.) — Cas de pseudohermaphrodite, par Abel. (*Arch. f. path. Anat.*, CXXVI, 3.)

Mamelle. — Anatomie chirurgicale du sein, par Stiles. (*Edinb. med. j.*, juin.) — L'ontogénie et la phylogénie de la mamelle, par Williams. (*Lancet*, 6 août.) — Note sur un cas de glande mammaire surnuméraire, par P. Puech. (*Montpellier médical*, 15, p. 292.) — Foramina mammaires et mamelons minuscules accessoires, par Stapfer. (*Union médicale*, 15 mars.) — Recherches chimiques sur les microbes produisant l'inflammation des glandes mammaires des vaches et des chèvres laitières, par Nencki. (*Arch. des Sc. biol. St. Pétersbourg*, I, 1 et 2.) — Note sur les abcès de la mamelle chez les nouveau-nés, par Comby. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 février.) — Mammite tuberculeuse, par Lane. (*London clin. soc.*, 13 mai.) — De la mammite chronique et tuberculeuse, par Robinson. (*Brit. med. j.*, 11 juin.) — Traitement préventif de la mammite, par Davis. (*Americ. j. of obst.*, avril.) — Maladie de Paget traitée par la fuchsine, par Elliot. (*Journ. of cutan. dis.*, juillet.) — De l'hypertrophie de la mamelle chez la femme, par Schussler. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 2.) — Du fibroadénome de la mamelle, par Schimmelbusch. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 1.) — Du cystoadénome de la mamelle, par le même. (*Ibid.*) — Étude des tumeurs rares de la mamelle, par Bajardi. (*Sperimentale*, XLVI, 3.) — Statistique du cancer du sein, par Dietrich. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIII, 4.) — De la récidive du cancer du sein, par F. Dennis. (*New York med. record*, p. 225, 27 février.) — De la généralisation et de la récidive sur le sternum du carcinome du sein, par Verdié. (*Gaz. des hôp.*, 2 août.) — Sur un cas provisoirement guéri de récidive de cancer du sein, par Adamkiewicz. (*Wiener med. Presse*, 17 avril.) — Pyoctanine dans un cas de cancer du sein, par Lavrand. (*Journ. sc. méd. Lille*, 27 mai.)

Massage. — L'action du massage, par Maggiora. (*Rev. scientif.*, 30 avril.) — Cours de massage et de gymnastique curative, par Léopold Ewer. (*Berlin.*) — Valeur du massage, par Baker. (*Therap. Gaz.*, 15 juin.)

Maxillaire. — Variations de races dans la longueur du processus palatin du maxillaire, par Eichholz. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Mon expérience au sujet de la suppuration des cavités de la mâchoire, par Kilian. (*Münch. med. Woch.*, 4, 5 et 6.) — Étiologie et traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore, par Krukenbecker. (*Monats. f. Ohrenh.*, mai.) — De la constriction permanente des mâchoires, par Briton. (*Thèse de Paris*, 24 mai.) — Constriction de la mâchoire par ankylose osseuse bilatérale, résection des condyles, par Borella. (*Gaz. med. Lombardia.*) — Constriction des mâchoires par ankylose temporo-maxillaire, résection des deux condyles après résection temporaire de l'apophyse zygomatique, par Kummer. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 295.) — Des fractures du maxillaire inférieur sur la ligne médiane, par Araousos. (*Thèse de Montpellier.*) — Luxation récidivée de la mâchoire inférieure, méthode de traitement, par Marsh. (*Brit. med. j.*, 30 avril.) — Kystes des mâchoires, leurs rapports avec les racines des dents, par Robinson. (*St. Thomas's hosp. Rep.*, XX.) — Sarcome encéphaloïde des deux maxillaires, résection partielle de la mâchoire inférieure, ablation du maxillaire droit supérieur, par Parkin. (*Brit. med. j.*, 21 mai.) — Ostéosarcome central du maxillaire inférieur, par Piccinini.

(*Raccoglitore med.*, XII, 17.) — Prothèse immédiate du maxillaire inférieur, par Gangolphe. (6e *Congr. franç. chir.* et *Gaz. des hôpitaux*, 30 avril.)

Médecine hist. — Les apothicaires et l'ancienne Faculté de médecine de Paris, par Chancerel. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Quelques mots sur la médecine au moyen âge, d'après le spéculum moyen de Vincent de Beauvais, par Rieunier. (*Thèse de Paris*, 17 juillet.) — La maladie mortelle de la reine de Danemark, la princesse anglaise Louise (1751), par Petersen. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIV, 9.) — Bretonneau et ses correspondants, ouvrage comprenant la correspondance de Trousseau et de Velpeau avec Bretonneau, par Triaire. (2 vol. in-8°, *Paris*.) — Histoire des affections intestinales pendant la période gréco-romaine, par Planton. (*Thèse de Paris*, 9 juillet.) — L'art médical et son importance, par Gingeot. (*Rev. gén. de clin.*, 19, p. 289.) — De la gymnastique et du massage dans l'antiquité chez les Chinois, par Nebel. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 1.) — Essai historique sur la part des écoles vétérinaires françaises dans les progrès de la médecine générale, par Vignardou. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Les médecins et les chirurgiens de Flandre avant 1789, par Faidherbe. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Contribution à l'histoire ancienne de la lèpre et de la syphilis. (La *uxdu* dans les papyros Ebers.), par Zoachim. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXVIII, 1.) — Le curé Kneipp et le Kneippisme, par L. Reuss. (*Ann. d'hyg. publ.*, mars.) — Histoire des affections de l'estomac pendant la période gréco-romaine, par Malaval. (*Thèse de Paris*, 30 juin.)

Médecine légale. — Sur les blessures simulées dans les centres industriels, par Vienne. (*Thèse de Paris*, 30 juin.) — Résurrection des noyés, par Alexander. (*Edinb. med. journ.*, août.) — Un coup porté sur l'abdomen peut-il produire une hémorragie cérébrale, par Pozzini. (*Giorn. int. d. sc. med.*, 2.) — A propos de l'affaire Achet, par Deschamps. (*Bull. de thérap.*, 15 avril.) — Examen anthropologique du parricide Raimond Hackler, par Moriz Benedikt. (*Wien. med. Presse*, 45.) — Contribution à l'étude des sépultures au point de vue hygiénique, par Belval. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, VI, 1, p. 41.) — Rapport médico-légal sur l'état mental d'un inculpé d'abus de confiance, par Langlois. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juillet.) — Faits intéressants pour le médecin légiste des autopsies de nouveau-nés, par Gustave Klein. (4 observations montrant que les poumons des mort-nés peuvent être plus ou moins aérés ; 1 qu'ils peuvent contenir des infarctus uriques ; 4 que même macérés ils peuvent présenter des ecchymoses viscérales, des céphalhématomes et même du méconium dans les voies aériennes.) (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, III, 20 janvier.) — Diagnostic médico-légal de l'infirmité et de la paralysie au sens de l'article 224 du Code pénal allemand, par Maisch. (*Ibid.*, III, 103, janvier.) — Simulation de folie chez un imbécile convaincu d'incendie et d'assassinat; terminaison par mélancolie stupide, par A. Leppmann. (*Ibid.*, III, 67, janvier.) — Un cas de naissance d'enfant mort dans le cercueil de sa mère, par Bleisch. (*Ibid.*, III, 38, janvier.) — Fait identique, par Hankel. (*Ibid.*, p. 397, avril.) — Contribution à l'étude de l'infanticide, par Max Wendel. (*Thèse de Dorpat*. 1891.) — De la simulation de la folie, par Tamassia. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 1.) — Double meurtre et tentative de meurtre commis par un buveur d'habitude, par Motet et Gilbert Ballet. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXVII, 168, février.) — Attentats à la pudeur par un alcoolique sur ses filles, par Masbrenier. (*Ibid.*, XXVII, 255, mars.)

Médecine milit. — Les conditions d'aptitude au service militaire, par Lave-

ran. (*Rev. scientif.*, 25 juin.) — Habillement le plus convenabte pour les équipages dans les différents climats, par J. Hohenberg. (*Hyg. Rundsch.*, II, 105, février.) — De l'asthénopie accommodative dans l'hypermétropie compatible avec le service armé, par Héral. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Les parasites du biscuit de troupe, moyens de préservation, par Decaux. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Sur l'emploi de l'essence de moutarde en thérapeutique, ses avantages dans la médecine d'armée et principalement dans les approvisionnements de réserve, par Bissérié. (*Arch. de méd. milit.*, juin.) — Eclatement et arrachement de trois phalanges par l'explosion d'un cordon Bickford, par Lévy. (*Arch. de méd. milit.*, juin.)

Médecine opér. — Le pavillon d'opérations de l'hôpital de Nevers, par Panné. (In-8°, *Paris.*) — Leçons préparatoires au cours d'opérations sur le cadavre, par E. von Bergmann et H. Rochs. (*Berlin.*)

Membre. — Asymétrie des extrémités, par Hubbard. (*N. York acad. of med.*, 18 mars.)

Méninge. — 3 cas de méningite cérébro-spinale avec autopsie, par Allyn. (*Med. News,* 14 mai.) — Méningite cérébro-spinale, 13 cas, par Trevelyan. (*Brain*, 57.) — Une épidémie de méningite cérébro-spinale, par Lemoine. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Des méningites à pneumocoques et des symptômes méningitiques dans la pneumonie, par Hutinel. (*Semaine méd.,* 22 juin.) — Pachyméningite tuberculeuse chronique, par Bewley. (*Brit. med. j.*, 16 juillet.) — De l'hématome de la dure-mère, par Goodall. (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — Tumeur de la dure-mère cranienne ayant les caractères du cylindrome, par Dagonet. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 3.) — Lipome périméningé simulant un spinabifida, par Témoin. (*Archives provinc. de chirurgie*, I, 2.)

Menstruation. — Forme de menstruation dite fonctionnelle douloureuse, par Oliver. (*Edinb. med. journ.*, juillet.) — Rétention des règles par imperforation de l'hymen, par Adenot. (*Lyon méd.*, 17 avril.) — Traitement de la gastralgie menstruelle, par Chéron. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 avril.)

Mérycisme. — Deux cas de mérycisme chez des aliénés, par Cristiani. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, 1.) — Un cas de méricysme chez une idiote, par Szczypiorski. (*Trib. méd.*, 21 avril.)

Moelle. — Sur la structure et sur le développement du fil terminal de la moelle chez l'homme, par Tourneux. (*Soc. de biol.*, 23 avril.) — L'anesthésie locale comme guide pour le diagnostic des lésions de la moelle épinière inférieure, par Starr. (*Americ. j. of med. sc* , juillet.) — Myélite à frigore, par Siciliano. (*Arch. de méd. nav.*, juin.) — 7 cas d'hématomyélie, par Parkin. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVIII.) — Casuistique des lésions en foyer de la moelle allongée, par Classel. (*Wien. med. Wochenschr.,* 9.) — Polyomyélite antérieure chronique ascendante, par Lockwood. (*N. York med. journ.*, 25 juin.) — Dégénérescences ascendantes résultant de lésions de la moelle chez les singes, par Mott. (*Brain*, n° 58.) — Fréquence de l'ataxie chez les Nègres, par Burr. (*Journ. of nerv. dis.*, avril.) — Etiologie du tabes dorsal, par Raymond. (*Progrès médical*, 11 juin.) — Étude sur l'étiologie du tabes dorsal, par Goloflam. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, II, 2 et 3.) — Sur un cas d'association tabéto-hystérique suivie d'autopsie.

— Tabes supérieur incipiens avec lésion des noyaux bulbaires, par Blocq et Onanoff. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 3.) — De l'ataxie héréditaire, série de 21 cas, par Brown. (*Brain*, 78.) — Maladie de Friedreich accompagnée de troubles trophiques chez un imbécile épileptique, par Szczypiorski. (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Tabes avec atrophie musculaire, par Jolly. (*Berl. klin. Woch.*, 8 juin.) — Haphalgésie transitoire chez une tabétique, par Lannois. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Tricophytiase dermique à forme pemphigoïde et polynévrite tricophytique chez un sujet atteint de tabes dorsal, par Bonome. (*Arch. per le sc. med.*, 1.) — Les arthropathies tabétiques, par Marie. (*Gaz. hebd. Paris*, 14 mai.) — De l'arthropathie tabétique considérée surtout au point de vue de l'intervention chirurgicale, par Widier. (*Thèse de Paris*, 23 juin.) — Le traitement du tabes, par Leyden. (*Union médicale*, 9 juin.) — Un cas de syringomyélie, par Vought. (*N. York med. journ.*, 11 juin.) — Sur un cas de syringomyélie unilatérale et à début tardif suivi d'autopsie, par Dejenne et Soltas. (*Soc. de biol.*, 23 juillet.) — De la syringomyélie, par Raichline. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Syringomyélie, opération, exploration de la moelle, extraction de liquide, par Abbe et Coley. (*Journ. of nerv. dis.*, juillet.) — Les lésions de la moelle dans la région sacrée, par Ziegler. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — Hémisection de la moelle, par Turner. (*Brain*, 57.) — Le traitement actuel des maladies de la moelle épinière, par L. Weber. (*New York med. record*, p. 593, 28 mai.)

Mole. — Mole hydatiforme, par Mc Cuaig. (*Med. News*, 9 avril.)

Molluscum. — Etude du molluscum simple, par Pilliet et Mauclaire. (*Bull. Soc. anat. Paris*, juin, p. 444.)

Monstre. — Note sur l'évolution de l'embryon de la poule soumis, pendant l'incubation, à un mouvement de rotation continu, par Dareste. (*Acad. des sc.*, 11 juillet.) — Emotions maternelles et monstruosités fœtales, 2 faits, par Delassus. (*Journ. sc. méd. Lille*, 29 janv., et *Arch. de tocol.*, avril.) — Deux cas de montruosités fœtales, par Toujan. (*Ann. de gynéc.*, juillet.) — Anatomie d'un fœtus anencéphale, par Ballantyne. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Sur un cas de monstre anencéphalien inencéphale, par Bonnaire. (*Arch. de tocol.*, avril.) — Cas d'hétéradelphie chez un Hindou de 19 ans, par Albrecht. (*Revue méd. Suisse romande*, XII, 60.) — Les frères Tocci de Locana, par Harris. (*Med. News*, 4 juin.) — Les frères unis Tocci et les cas analogues, par Harris. (*Americ. j. of obst.*, avril.) — Monstre podencéphale, par Bissell. (*Ibid.*) — Monstre célosomien, par Guinard. (*Lyon méd.*, 5 juin.)

Mortalité. — De la mortalité par professions, par Bertillon. (*Gaz. heb. Paris*, 11 juin.) — De l'accélération de la mortalité en France, par Delauney. (*Acad. des Sc.*, 7 juin.)

Morve. — Sur une substance isolée des cultures de la morve, par Babes. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 4.) — Recherches bactériologiques sur un cas de farcinose humaine, par Sabouraud. (*Soc. franç. de dermat.*, 21 avril.) — Diagnostic rapide de la morve par les injections de malléine, par Philippe. (*Normandie méd.*, 15 avril.) — Un cas de morve chronique, par Ernst Neisser. (*Berlin. klin. Wochens.*, 321, 4 avril.)

Muscle. — Sur la constitution homogène de la fibrille des fibres musculaires striées, par Pilliet. (*Soc. de biol.*, 9 avril.) — Obs. anatomiques

sur les insertions des muscles, par Bellini. (*Bull. Soc. anat. Paris*, 24 juin.) — Sur les produits du fonctionnement des tissus et particulièrement des muscles séparés de l'être vivant, par Gautier et Landi. (*Acad. des Sc.*, 23 mai.) — De l'inhibition de la contraction musculaire volontaire ou électrique par l'excitation périphérique, par Waller. (*Brain*, 57.) — 1° Influence de la tension sur la formation de chaleur dans le muscle, par F. Schenk; 2° développement de chaleur dans le muscle, par A. Fick. (*Archiv für dieges Physiologie*, LI, p. 509 et 541.) — Démonstration au moyen de la phénolphtaléine de la réaction acide des muscles, par R. Landsberger. (*Ibid.*, I, p. 339.) — La physiologie musculaire par l'inspection du nu, par Richer. (*Soc. de biol.,* 7 mai.) — Le travail et le temps de réaction, par Féré. (*Soc. de biol.*, 21 mai.) — Modifications que subit l'excitabilité galvanique et faradique musculaire par la section et l'irritation du nerf, par Courtade. (*Arch. de phys.*, IV, 3.) — Remarques à propos d'un travail de Herbert sur l'explication physique des courants musculaires et nerveux, par d'Arsonval. (*Ibid.*, IV, 3.) — Etudes sur l'entraînement musculaire, par Manca. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 3.) — Phénomènes de la vie résiduelle du muscle séparé de l'être vivant ; action physiologique des bases musculaires, par Gautier et Landi. (*Acad. des Sc.*, 20 juin.) — Sur quelques anomalies musculaires chez l'homme, par Delisle. (*Acad. des Sc.*, 16 mai.) — Des anomalies musculaires du creux de l'aisselle, par Princeteau. (*Soc. de biol.*, 21 mai.) — Absence du muscle sous-clavier, par Crerar. (*Journ. of Anat.*, juillet.) — Traitement du lumbago, par Mérigot de Treigny. (*Rev. gén. de clin.*, 15, p. 232.) — Obs. d'atrophie musculaire progressive, par Journie. (*Progrès médical*, 27 février.) — Dystrophie musculaire hyperplastique, par Talma. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.,* II, 2 et 3.) — Pathologie de l'atrophie musculaire progressive, par Lewin. (*Ibid.*, II, 2 et 3.) — De la myotomie acquise, par Talma. (*Ibid.*, II, 2 et 3.) — Atrophie musculaire progressive expérimentale, par Roger. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 6.) — De l'hématome du muscle sterno-mastoïdien chez l'enfant, par Spencer. (*Journ. of path. and bacter.*, 1.) — Un cas d'ostéome du droit antérieur, étiologie de ces tumeurs, par Demmler. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Ostéome d'un adducteur, par Gazin. (*Ibid.*) — Lipomes et hernies musculaires, par Tédenat. (*Montpellier méd.,* 8, p. 148.)

Mycosis — Sur un cas de mycosis fongoïde, par Hallopeau et Barrié. (*Soc. franç. de dermat.*, 23 avril.) — Histologie du mycosis fongoïde typique, par Philippson. (*Ibid.*)

Myopie. — La myopie scolaire, par Belliard. (*Soc. d'opht. Paris*, 5 juil.) — De la suppression du cristallin transparent comme traitement de la myopie forte, par Bouchard. (*Thèse de Paris*, 2 juin.) — Traitement chirurgical et curatif de la myopie, par Truc. (*Montpellier méd.*, 9, p. 167.)

Myxœdème. — Mucine dans le myxœdème, par Halliburton. (*Journ. of path. and bact.,* 1.) — Obs. de myxœdème, par Robin et Leredde. (*Soc. franç. de dermat.*, 9 juin.) — Myxœdème syphilitique guéri par le traitement spécifique, par R. Kœhler. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 316, 28 mars.) — Myxœdème traité par la greffe thyroïdienne, par Macpherson. (*Edinb. med. journ.*, mai.) — Myxœdème chez une jeune fille de 23 ans. Guérison presque complète par les injections d'extrait liquide de corps thyroïde, par Chopinet. (*Soc. de biol.*, 2 juillet.)

N

Nerf. — De l'histogenèse des fibres du grand sympathique chez l'homme et les mammifères, par Taft. (*Thèse de Paris*, 19 mai.) — Les artères nourricières des noyaux du moteur oculaire commun et du pathétique, par Alezais et d'Astros. (*Soc. de biol.*, 4 juin.) — Origines et centres trophiques des nerfs vaso-dilatateurs, par Morat. (*Acad. des sc.*, 20 juin.) — Recherches sur les racines nerveuses qui forment le plexus brachial chez le chien, par Russell. (*Brit. med. j.*, 28 mai.) — Sur la formation des plaques motrices, par Trinchese. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 3.) — Excitabilité des nerfs et des muscles sains ou morbides par l'électricité de frottement (franklinisation), par Bernhardt. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 17, 4 janvier.) — Influence de la chaleur sur les nerfs moteurs, par Gortinsky. (*Rev. méd. Suisse romande*, XI, 634.) — De l'acétonure consécutive à l'extirpation du plexus cœliaque, par Lustig. (*Sperimentale*, XLVI, 3.) — Idem, par Oddi. (*Ibid.*) — Effets des brûlures sur les nerfs, par R. Latis. (16e *Congrès de l'Assoc. med. italienne*, *Sienne*, 16-20 août 1891.) — Altérations de la portion centrale d'un nerf moteur dans les lésions du bout périphérique, par Darkchevitch. (*Vratch.*, 16 avril.) — Sur les névrites cervico-brachiales dans la tuberculose, par Delaveau. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Un cas de névrite traumatique guérie par la distension des nerfs, par Simonini. (*La Rassegna di sc. med.*) — Paralysie du diaphragme dans deux cas de névrite périphérique, par Waldo. (*Brit. med. j.*, 23 juillet.) — Sur un cas de polynévrite avec anasarque, par Grocco. (*Rivista gener. ital. di clinica medica*, 4 et 8, p. 74 et 186.) — Observation d'un cas de névrite sciatique datant de 3 ans, rebelle à beaucoup de traitements, guérie par le port d'un bas élastique remontant jusqu'à la racine de la cuisse, par Veil. (*France méd.*, 16, p. 243.) — Contribution à la névrite périphérique ; un cas de gangrène symétrique et 2 cas de paralysie alcoolique, par Rakhaninoff. (*Rev. de méd.*, avril.) — Sur la névralgie épileptique de la face, par Féré. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Névralgie du nerf dentaire inférieur. Hydrocéphalie aiguë, par Polosson. (6e *Cong. franc. chir.*, *Gaz. des hôpit*,, 30 avril.) — Note sur l'état de la tension artérielle et la sécrétion urinaire dans la sciatique. par Huchard. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 février.) — Etude et traitement de la céphalalgie, par J. Collins. (*New York med. record*, p. 370, 2 avril.) — Traitement chirurgical de la névralgie faciale, par Lamotte. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Diagnostic et traitement pathogéniques des névralgies en général, par Pascault. (*Revue gén. de clin.*, 12, p. 184.) — Sur les processus histologiques consécutifs à la névrectomie sciatique, par Morpurgo. (*Ann. di freniat.*, *Turin*, III, 2 et *Arch. ital. de biol.*, XVII, 3.) — Trépanation pour la paralysie de la troisième paire, par Fletcher. (*Journ. of nerv. dis.*, mai.) — Un cas de neurectomie du nerf sous-orbitaire, par Chaintre. (*Lyon méd.*, 17 avril.) — Résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion sphéno-palatin dans la fente ptérygo-maxillaire ; arrachement du nerf sous-orbitaire par le trou sous-orbitaire. Résection du nerf dentaire inférieur et du nerf lingual par trépanation de la mâchoire inférieure, résection du nerf auriculo-temporal, le tout en une séance pour une névralgie invétérée du trijumeau droit, guérison, par Chalot. (*Bull. soc. de Chir.*, XVIII, p. 372.) — Nouveau procédé d'élon-

gation de la 3e branche du nerf trijumeau dans le trou ovale, par KROENLEIN. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — Section complète du nerf médian gauche au niveau de l'articulation radio-carpienne par un éclat de verre. Accident remontant à un mois et demi. Suture nerveuse ; guérison complète, par LANDE. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 avril.) — Suture secondaire du nerf radial dans l'aisselle et à distance, par EHRMANN. (6e *Cong. franc. chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 30 avril.) — Hyperostose correspondant à la distribution du nerf trijumeau, par GREIG. (*Edinb. med. journ.*, juillet.) — Un appareil pour la paralysie du nerf radial, par HEUSNER. (*Deutsche med. Woch.*, n°6, p. 115.)

Nerveux (syst.) — Du nombre comparatif, pour les membres supérieurs et inférieurs de l'homme, des fibres nerveuses d'origine cérébrale destinées aux mouvements, par BLOCQ et ONANOFF. (*Acad. des sc.*, 25 juillet.) — Sur des anneaux intercalaires des tubes nerveux produits par imprégnation d'argent, par SÉGALL. (*Soc. de biol.*, 30 avril.) — Particularité de structure de quelques racines nerveuses cérébrales, par STADERINI. (*Sperimentale*, XLVI, 2.) — Contribution à l'étude des rapports entre le développement des membres et celui des centres nerveux, par G. SPERINO. (*Giornale Accad. di medic.*, *Torino*, février, p. 153.) — Quelques nouvelles méthodes de coloration pour l'examen des centres nerveux, par REHM. (*Münch. med. Woch.*, 13, p. 217.) — Addition à la loi de position des centres nerveux, par JULLIEN. (*Acad. des sc.*, 25 avril.) — Expérience simple montrant que l'excitation nerveuse de fermeture naît au pôle négatif, celle de rupture au pôle positif, par JOLYET et SIGALAS. (*Soc. de biol.*, 28 mai.) — Sur la rapidité de transmission de l'excitation dans les fibres sensitives de l'homme, par OEHL, FASOLA et PREDIERI. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 3.) — Accélération de la vitesse de la transmission nerveuse sensitive chez l'homme par le liquide Brown-Séquard, par GRIGORESCU. (*Soc. de biol.*, 14 mai.) — Sur les processus nerveux dépendant de l'attention et de la volonté, par BASTIAN. (*Brain*, 57.) — Clinique des maladies du système nerveux ; leçons, notes et obs. parues en 1889-91, par CHARCOT. (I, 473 p., *Paris.*) — Douze leçons sur la structure des organes nerveux centraux, par Ludwig EDINGER. (*Leipzig.*) — Influences modifiant l'apparition de certaines affections nerveuses aux Etats-Unis, par HINSDALE. (*Journ. of nerv. dis.*, avril.) — L'acétonurie dans ses rapports avec les centres nerveux, par TANZI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVIII, I.) — De la mort subite dans les affections du système nerveux, par KNAPP. (*Boston méd. journal*, 23 juin.) — Pyogènes dans les maladies nerveuses, par MIRCOLI. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXI, 1.) — Deux cas de troubles nerveux graves d'origine traumatique, par P. VON DER MUEHLL. (*Corresp.-Blätt. f. schweiz. Aerzte*, p. 75, 1er février.) — Considérations sur le traitement des maladies du système nerveux par la méthode du docteur Motschoutkovsky, par BOGROFF. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 6, p. 464, 1891 et 1, p. 18, 1892.) — La médecine vibratoire, application des vibrations rapides au traitement de quelques maladies du système nerveux, par CHARCOT. (*Semaine méd.*, 21 juillet.) — Sarcome multiple du système nerveux, par HIPPEL. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, II, 5 et 6.)

Névrose. — De la neurasthénie, par THIROUX. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Neurasthénie avec troubles visuels, par GRANDCLÉMENT. (*Lyon méd.*, 29 mai.) — Des rapports de la neurasthénie avec les diathèses uriques, par LOEWENFELD. (*Münch. med. Woch.*, 3.) — Etiologie de la neurasthénie par JOSEPH. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 344, 4 avril.) — Crampe fonc-

tionnelle du cou, par Guibert. (*Rev. de méd.*, avril.) — De la katatonie, par Percy Smith. (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — Deux cas de névrose traumatique locale, par Rosenbaum. (*Therap. Monats.*, juillet.) — Sur la peur des petits bruits, par Juhel Renoy. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 février.) — Tics et tiqueurs, par Brunon. (*Normandie méd.*, 1er avril.) — Tic convulsif, sa nature, son traitement, par G. Hammond. (*New York med. record*, p. 236, 27 février.) — Formes rares de spasmes, par Burr. (*Journ. of nerv. dis.*, mai.) — De l'onomatomanie, par Charcot et Magnan. (*Arch. de neurol.*, juillet.) — Antipyrine contre la migraine, par Hammond. (*Journ. of nerv. dis.*, avril.)

Nez. — De l'influence des affections nasales sur l'appareil respiratoire, par Chabory. (*Thèse de Paris*, 24 mai.) — La respiration bucco-nasale est-elle possible? par Couetoux. (*Ann. mal. de l'or.*, avril.) — Rapports entre les maladies des yeux et celles du nez et des cavités voisines, par Berger. (*Soc. de méd. prat., Paris*, 7 janvier.) — Des affections intra-oculaires à la suite de maladies nasales. par Ziem. (*Münch. med. Woch.*, 16, p. 267.) — A propos des rapports des maladies du nez avec les maladies des yeux, par Ziem. (*Ann. mal. de l'or.*, juillet.) — Considérations sur les migraines en rapport avec les affections nasales et spécialement avec l'hypertrophie des cornets, par Renous. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — De l'eczéma de la moustache, de ses rapports avec les affections nasales, par P. Marchand. (*Thèse de Paris*, 18 mai.) — Affection de l'oreille à la suite d'opérations légères ayant porté sur le nez, par Hessler. (*Münch. med. Woch.*, 50, 1891.) — Maladies du cerveau à la suite d'opérations légères ayant porté sur le nez, par Wagner. (*Ibid.*, n° 51, 1891.) — Deux cas d'anosmie consécutifs à des opérations intra-nasales, par Luc. (*Arch. int. de laryng.*, V, 3.) — Des affections du nez et de ses annexes dans l'influenza, par Tissier. (*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Quelques accidents du nez, de la gorge et de l'oreille, suite de grippe, par Robinson. (*N. York med. journ.*, 16 avril.) — Hémorragies du nez et du pharynx, par Spicer. (*London harveian Soc.*, 21 avril.) — Epistaxis répétées chez deux paludéens; action favorable des révulsifs appliqués sur la région splénique, par M. Cros et L. Imbert. (*Montpellier méd.*, 9, p. 174.) — Rhinite pseudomembraneuse fibrineuse unilatérale chez un enfant placé au milieu d'une épidémie de diphtérie, par Scheinmann. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 37, 11 janvier.) — Etiologie de la rhinite pseudo-membraneuse, par Stamin. (*Arch. f. Kinderh.*, XIV, 3.) — Traitement électrolytique du catarrhe nasal avec gonflement, par Flatau. (*Wien. med. Wochenschr.*, 12, p. 458.) — Comment un médecin doit traiter la rhinite atrophique, par Foster. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 21 mai.) — Sur une phase de l'évolution de l'ozène, par Ricordel. (*Thèse de Paris*, 17 mai.) — Traitement de l'ozène, par Turban. (*Therap. Monats.*, p. 208, mai.) — Traitement de l'ozène, par Th. Flatau. (*Wien. med. Wochens.*, 8, p. 304.) — Traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle, par Jouslain. (*Rev. int. d'électroth.*, avril.) — Empyème du sinus frontal traité par la trépanation et le drainage, par Morie. (*Nice méd.*, avril.) — Sur l'empyème des sinus frontaux, par Derchen. (*Thèse de Paris*, 12 mai.) — De l'affaissement des ailes du nez, par M. Schmidt. (*Deutsche med. Woch.*, n° 4, p. 70.) — Etude critique sur l'étiologie des déviations de la cloison nasale, par Potiquet. (*La Médecine moderne*, 17 et 24 mars 1892.) — Traitement de la sténose nasale par des tubes intra-nasaux, par Gibbons. (*N. York med. journ.*, 9 juillet.) — Des déviations et éperons de la cloison du nez et de leur traitement, par Bergonié. (*Rev. int. d'élect.*, avril.) — De l'électrolyse des fosses nasales à l'aide d'électrodes d'un

nouveau modèle, par Garrigou-Désarènes. (*Rev. de laryng.*, 1er juillet.) — Du traitement de certains rétrécissements des fosses nasales, par Astier. (*Rev. de laryng.*, 15 juin.) — Un appareil pour corriger les déformations traumatiques du nez, par W. Johnson. (*New York med. record*, p. 374, 2 août.) — Ulcérations destructives du nez, par Balade. (*Journ. méd. Bordeaux*, 13 mars.) — Sur un cas de dysidrose du nez, par Hallopeau. (*Soc. franc. de Dermat.*, 9 juin.) — Lupus du nez, du pharynx et de la langue, par Lennox-Brown. (*Brit. laryng. Assoc.*, 25 mars.) — Syphilis nasale primitive, par Milligan. (*Journ. of laryng.*, p. 205, mai.) — Sur un nouveau cas de chancre induré de la fosse nasale gauche, par Moure. (*Rev. de laryng.*, 1er juillet.) — Condylomes syphilitiques des fosses nasales, par Lacoarret. (*Ibid.*) — De l'ozène syphilitique, par Castex. (*France méd.*, 29 juillet.) — De la syphilis tertiaire naso-pharyngo-palatine, des lésions blennorragiques du nez, par Cozzolino. (*Boll. mal. dell' orecchio*, X, 7.) — Sur un nouveau mode de traitement de la syphilis, en particulier de la syphilis grave des fosses nasales par l'administration combinée des iodures de potassium, de strontium et d'ammonium, par Darzens. (*Rev. de laryng.*, 1er juillet.) — Syphilis nasale ; destruction de la cloison et des cornets inférieurs ; polype du cornet moyen; perforation ; séquestre dans le sinus frontal, etc., par Treitel. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 315, 28 mars.) — Sur quelques inconvénients de la douche nasale et sur le moyen de les éviter, par Suarez de Mendoza. (*Rev. de laryng.*, 15 mai.) — La douche nasale et ses indications, par Percepied. (*Soc. de laryng. de Paris*, 6 mai.) — Nouveau procédé de rhinoplastie pour les ensellures nasales, par Israel et J. Wolff. (*Berlin. klin. Wochens.*, 29 février et 7 mars.) — Cas de rhinoplastie, par Krassin. (*Wratch*, 2.) — Acné rosacea hypertrophique, rhinoplastie, par Delie. (*Rev. de laryng.*, p. 503, 15 juillet.) — Transformation kysto-pneumatique des cornets moyens, par Beausoleil. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 10 juillet.) — Ozène dû à un rhinolithe calcaire gros comme une noix, ayant pour centre un noyau de cerise chez une femme de 62 ans, par P. Wiesmann. (*Corresp.-Blätt. f. schweiz. Aerzte*, p. 72, 1er février.) — La laminaire comme corps étranger des fosses nasales, par Hessler. (*Münch. med. Woch.*, 2.) — Des procédés d'ablation des polypes naso-pharyngiens, par Jullien. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.) — Contribution à l'histologie des tumeurs des fosses nasales, par C. Zarniko. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXVIII, 1.) — Tumeur papillaire de la fosse nasale, par Noquet. (*Rev. de laryng.*, p. 525, 15 juillet.) — Contribution clinique, histologique, bactériologique à l'étude du rhino-sclérome, par A. Ducrey. (XVIe *congrès de l'Assoc. méd. ital., Sienne*, 16-20 août 1891.) — Des sarcomes des fosses nasales, par Strohe. (*Thèse de Bonn.*) — Epithélioma du nez, par Leray. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 juillet.) — Casuistique des ostéomes des sinus frontaux, par Poppert. (*Münch. med. Woch.*, 3.)

Nutrition. — Sur la vie résiduelle et les produits de fonctionnement des tissus séparés de l'être vivant, par Gautier et Landi. (*Acad. des sc.*, 9 mai.) — Précis des recherches méthodiques sur la nutrition, par Carl von Noorden. (*Berlin.*) — De la nutrition de l'homme malade par l'albumine-peptone, par von Noorden. (*Therap. Monats.*, juin.) — Des modifications des échanges par oxydation dans les tissus, par Jaquet. (*Arch. f. exper. Path.*, XXIX, 4 et 6.)

Nystagmus. — Etude sur le nystagmus des houilleurs, par Romiée. (*Ann. d'ocul.*, juillet.)

O

Occlusion int. — Obstruction intestinale par calcul biliaire, arrêt stercoral d'une durée de six jours, évacuation spontanée du calcul, guérison, par Gauderon. (*Rev. méd. Franche-Comté*, janvier.) — Occlusion intestinale par calcul biliaire, par Brockatt. (*Lancet*, 21 mai.) — De l'obstruction intestinale par calculs biliaires; un cas guéri par la laparotomie, par Robson. (*Brit. med. j.*, 16 juillet.) — Un cas d'occlusion intestinale, par calcul biliaire passé dans l'intestin, laparotomie et entérotomie, guérison, par Pouzet. (*Arch. prov. de Chir.*, I, 2.) — Invagination, laparotomie, guérison, par Biss et Gould. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — Volvulus de l'S iliaque, laparotomie, guérison, par Lyot. (*Soc. anat. Paris*, p. 225.) — 3 cas d'étranglement interne, par James Israel. (1er *cas*. Laparotomie pour volvulus de l'S iliaque avec néphrite hémorragique temporaire; 2e *cas*. Volvulus de l'S iliaque produit par une douche rectale; 3e *cas*. Occlusion réflexe de l'intestin grêle par un petit calcul biliaire.) (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 4, 4 janvier.) — Étranglement interne par bride avec occlusion intestinale incomplète, par Potier. (*Bull. soc. anat.*, avril, p. 309.) — Occlusion intestinale, par Boiffin. (6e *Cong. franç. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 19 avril.) — De l'occlusion intestinale consécutive à l'accumulation d'ascarides lombricoïdes, par Simon. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 avril.) — Polype de l'intestin grêle avec invagination, par Lockwood. (*London path. Soc.*, 3 mai.) — De l'occlusion intestinale, par Liebermeister. (*Deutsche med. Woch.* 11, p. 225.) — Traitement de l'occlusion aiguë, par Rehn. (*Arch. f. klin. Chir.*, XVIII, 3.) — Opération d'une occlusion intestinale succédant à la laparotomie, par Taylor. (*Americ. j. of Obst.*, juillet.) — Traitement électrique de l'occlusion intestinale, par Courtade. (*Rev. gén. de clin.*, 8, p. 122.) — Laparotomies pour occlusion intestinale, par Broca. (*Bull. soc. anat. Paris*, 1er juillet.) — Volvulus, étranglement interne, laparotomie, excision de l'appendice vermiforme, guérison, par Nicolaysen. (*Brit. med. journ.*, 23 juillet.)

Œdème. — 3 cas d'œdème névrotique d'origine traumatique, par Horwitz. (*Med. News*, 16 avril.) — Les piqûres du tissu cellulaire sous-cutané œdématié, par C. Gerhardt. (*Deutsche med. Woch.*, n° 7, p. 137.)

Œil. — Structure physico-optique de l'œil de la Balœnoptera borealis, par Ludwig Matthiessen. (*Archiv für die gesammte Physiologie*, XLIX, p. 579). — Les images catoptriques de l'œil humain, par Tscherning. (*Soc. de biol.*, 23 juillet.) — Les deux phases de la persistance des impressions lumineuses, par Charpentier. (*Acad. des Sc.*, 23 mai.) — Influence de la durée de l'excitation sur la persistance totale des impressions lumineuses, par Charpentier. (*Soc. de biol.*, 21 mai.) — Isolement des couleurs dans la lumière blanche par leur action successive, par Charpentier. (*Ibid.*, 11 juin.) — Sur le retard dans la perception des divers rayons spectraux, par Charpentier. (*Acad. des Sc.*, 13 juin.) — Schema représentant l'action physiologique des muscles oculaires et leur diplopie paralytique, par L. Ferri. (*Giornale Accad. di medic. di Torino*, février, p. 169.) — Action successive sur l'œil des différents rayons spectraux, par Charpentier. (*Soc. de biol.*, 28 mai.) — Recherches expérimentales

sur l'influence que l'éloignement de l'œil exerce sur la surface réfringente du cylindre correcteur dans les différentes formes d'astigmatisme, par Ostwalt. (*Bulletin méd.*, 20 juillet.) — Échelle physiologique de l'acuité visuelle, application à la photométrie et à la photo-esthésiométrie, par Nicati. (*Acad. des Sc.,* 16 mai.) — Examen binoculaire de l'image renversée au fond de l'œil avec un ophtalmoscope ordinaire, par Guilloz. (*Arch. d'opht.*, avril.) — Traité d'optique physiologique, par H. von Helmholtz. (*Hambourg.*) — Traité de l'hygiène de l'œil, par Hermann Cohn. (*Vienne.*) — Une année de chirurgie oculaire, par Chevallereau. (*France méd.*, 21, p. 321.) — Rapport sur le service ophtalmologique de l'hôpital marin de Pen Bron, par Dianoux. (*Ann. d'ocul.*, avril.) — Statistique de la clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Lille, par de Lapersonne. (*Bull. méd. du Nord*, 7, p. 145.) — L'exactitude des mesures ophtalmométriques, par Hermann Aubert. (*Archiv für die gesammte Physiologie*, XLIX, p. 626). — Instructions pour l'emploi de l'ophtalmoscope, par Bjerrum, trad. de Grosjean. (In-16, 118 p., *Paris.*) — Optométrie ophtalmoscopique au moyen de l'image renversée, par Parent. (*Soc. d'opht. Paris.*, 5 avril.) — Critique des principaux défauts de l'ophtalmomètre de Javal, par Weiland. (*Med. News*, 4 juin.) — Ophtalmoscope à réfraction pour les examens rapides, par Fage. (*Ann. d'ocul.*, avril). — Ophtalmoscope nouveau modèle, par Chevallereau. (*Soc. d'opht. Paris.*, 5 avril.) — Un nouveau campimètre, par Piton. (*Ibid.*, juillet.) — Le numérotage et la mesure des prismes, par Prentice. (*Ibid.*, juillet.) — Note sur l'application du système métrique au numérotage des prismes, par Stevens. (*Ibid.*) — Récents progrès facilitant l'examen des yeux, par Derby. (*Boston med. journal*, 9 juin.) — Un ophtalmoscope à réfraction, par Chevallereau. (*France méd.,* 15. p. 228.) — Examen d'un cas de cécité totale pour les couleurs, par E. Hering. (*Archiv für die gesammte Physiologie*, XLIX, p. 563.) — Du spasme de l'accommodation, par Bates. (*N. York med. journ.*, 4 juin.) — Analyse de 200 cas d'erreur de réfraction, par Ellis. (*Ibid.*, 30 avril.) — Instrument pour déterminer rapidement les erreurs de réfraction, par Starr. (*Ibid.*, 9 avril.) — Un cas de spasme tonique de l'accommodation, par Valk. (*Ibid.*, 9 mai.) — Les causes de la cécité chez les pensionnaires des Quinze-Vingts, par Trousseau. (*Arch. d'opht.*, avril.) — Des rapports morbides de l'œil et de l'utérus, par Janot. (*Thèse de Montpellier.*) — Des affections oculaires d'origine utérine, par Ch. Janot. (*Montpellier méd.*, 3, p. 355.) — Des modifications survenant dans le champ visuel dans les troubles fonctionnels du système nerveux, par Wilbrand. (*Wiener med. Presse*, mars, p. 378.) — Les troubles visuels unilatéraux dans la névrite orbitaire primitive, par Georg Wild. (*Thèse*, *Bâle*, 1891.) — Recherches sur un cas de cécité totale, par E. Hering. (*Archiv für die gesammte Physiologie*, XLIX, p. 563). — La prophylaxie de l'ophtalmie sympathique par de Wecker. (*Ann. d'ocul.*, juin.) — Nos connaissances sur l'inflammation, en particulier celle de l'œil, par Leber. (*Brit. med. journ.*, 25 juin.) — Nature microbienne des ophtalmies profondes, par Gillet de Grandmont. (*Soc. franç. d'opht.*, 2 mai.) — Traitement des plaies infectantes de l'œil, par Dianoux. (*Ibid.*) — De l'ophtalmie des nouveau-nés, par Seguin. (*Thèse de Paris*, 24 mai.) — Ophtalmie purulente des nouveau-nés, cause de cécité, par Cheney. (*Boston méd. journal*, 14 avril.) — Traitement de l'ophtalmie purulente par la pyoctanine, par Legros. (*Presse méd. belge*, 5 juin.) — Traitement de l'ophtalmitis par le curage de l'œil, par Chibret. (*Ann. d'ocul.,* juin.) — Le traitement de l'ophtalmie blennorragique, par Galtier. (*Ann. d'ocul.*, juin.) — Forme tardive de l'ophtalmie sympathique, par Dracoulidès. (*Ann. d'ocul.*, juillet.) — L'endartérite des vaisseaux oculaires, par Gar-

NIER. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, janvier.) — De l'amblyopie quinique, par PANAS. (*Rev. gén. de clin.*, 7, p. 100.) — Les altérations du cercle ciliaire dans la syphilis, la tuberculose, etc., par GALEZOWSKI. (*Bull. acad. méd.*, et *Bulletin méd.*, 18 mai.) — Formation de verrucosités sur la papille, par PURTSCHER. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, oct. 1891.) — Un cas de guérison durable de cécité d'origine sympathique, par HIRSCHBERG. (*Ibid.*, octobre, 1891). — Un cas de colobome du nerf optique et de mélanome des procès ciliaires, par TALKO. (*Ibid.*) — Un cas de leucome congénital avec synéchie antérieure sur un œil atteint de microphtalmie congénitale, par TRATTNER. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, octobre 1891.) — Microphtalmie avec coloboma de la gaine du nerf optique et persistance du canal de Cloquet, par HEGG. (*Rec. d'opht.*, mars.) — Un cas de parésie double de la 4e paire, compliquée de paralysie partielle de la 3e paire, par PFLUEGER. (*Arch. f. Opht.*, XXXVII, 4.) — Fausse position de la tête et du cou dépendant des yeux et corrigée par la ténotomie des muscles des yeux, par JACK. (*Boston med. journal*, 31 mars.) — Paralysies des mouvements oculaires d'origine corticale, par PARINAUD. (*Soc. d'opht. Paris*, 5 avril). — Un cas d'ophtalmoplégie traumatique totale externe et interne; influence réflexe d'une lésion centrale sur la guérison, par PFALZ. (*Klin. Monatsbl. f. prakt. Augenheilk.*, février.) — Etiologie lointaine d'une paralysie des muscles de l'œil, par TEILLAIS. (*Soc. franç. d'opht.*, 2 mai.) — Des ophtalmoplégies, par ARMAIGNAC. (*Ibid.*) — Un cas de lèpre de l'œil, par HIRSCHBERG. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, octobre 1891.) — Tuberculose du globe de l'œil, par GALEZOWSKI. (*Bulletin méd.*, 20 juillet.) — Le diagnostic différentiel entre les affections gliomateuses et tuberculeuses de l'œil, par JUNG((*Arch. f. Ophth.*, XXXVII, 4.) — Sarcome de l'œil chez trois générations, par SILCOCK. (*London path. soc.*, 17 mai.) — Carcinome primitif des procès et corps ciliaires, par BADAL et LAGRANGE. (*Arch. d'opht.*, mars.) — Un cas de tumeur du nerf optique, par ROHMER. (*Soc. franç. d'opht.*, 2 mai.) — Valeur et indications de l'exentération du globe oculaire, par FAGE. (*Ibid.*) — De la conservation du globe de l'œil dans l'extirpation des tumeurs du nerf optique, par LAGRANGE. (6e *Cong. franç. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 19 avril.) — La résection du nerf optique d'après le procédé de de Wecker dans l'ophtalmie sympathique, par ROHMER. (*Ann. d'ocul.*, avril.) — De l'antisepsie en ophtalmologie, par DIMISSAS. (*Rev. d'opht.*, mars.) — Topique pâteux pour les yeux, par MAX RADZIEJEWSKI. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 129, 8 février.) — Traitement des opacités du corps vitré par l'extrait fluide de Jaborandi, par DE SCHWEINITZ. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.) — Des indications et des contrindications du nitrate d'argent dans le traitement des maladies des yeux, par STŒBER. (*Revue médicale de l'Est*, 1er mai.) — Des injections sous-conjonctivales de sublimé au millième dans le traitement des affections oculaires, par LAGRANGE. (*Journ. médic. Bordeaux*, 12 juin). — Sur un cas de cécité à marche rapide ; emploi du lactate de zinc, par BOÉ. (*Bull. acad. méd.* et *Bulletin méd.*, 4 mai.) — Sur l'emploi de l'europhéne en ophtalmologie, par SANTOS FERNANDEZ. (*Rev. gén. d'opht.*, XI, 4.)

Œsophage. — Un cas de diverticule œsophagien inférieur, par L. BORDONI. (*La Riforma medica*, 6 février.) — Résultats de l'électrolyse dans les rétrécissements œsophagiens, par CAMPBELL. (*Med. News*, 9 juillet.) — Trois cas récents d'œsophagotomie, par GAY. (*Boston med. journal*, 7 avril.) — Épithelioma de l'œsophage, noyaux secondaires dans le diaphragme, le myocarde et les os. Fracture spontanée de deux côtes, au niveau de deux bourgeons épithéliomateux, propagation au sternum, formation d'un abcès sous-cutané, phlegmon gazeux, par DUPASQUIER. (*Bull. soc. anat. Paris*,

mars, p. 257.) — Gastropexie et gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage, par Nové-Josserand. (*Gaz. hebd. Paris,* 30 avril).

Olfaction. — Des résultats obtenus par la méthode de Golgi appliquée à l'étude du bulbe olfactif, par Conil. (*Soc. de biol.*, 14 mai.) — Le bulbe olfactif chez quelques mammifères, par Gehuchten et Martin. (*La cellule*, VII, 2.) — Structure fine du bulbe olfactif, par Kœlliker. (*Sitz. phys. med. Gesel., Wurzburg*, 1.) — L'odeur dans la série des alcools, par Passy. (*Soc. de biol.*, 21 mai.) — L'anosmie, par Durant. (*N. York med. journ.*, 4 juin.)

Orbite. — Les hernies du tissu graisseux de l'orbite, par de Wecker. (*Progrès médical*, 19 mars.) — Kystes congénitaux de l'orbite, par Terson. (*Progrès médical*, 9 avril.) — Fracture du rebord inférieur de l'orbite par un bois de cerf, par A. Kœhler. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 317, 28 mars.) — De la restauration osseuse du rebord de l'orbite, par Gayet. (*Arch. d'opht.,* avril.) — Anatomie du contenu de l'orbite humain après énucléation du globe oculaire, par Émile Bock. (*Vienne.*) — Des lymphomes de l'orbite, par Axenfeld. (*Arch. f. Ophth.*, XXXVII, 4.)

Oreille. — Contribution à la structure de la couche moyenne de la membrane tympanique chez le cobaye, par Bertelli. (16e *Congrès de l'Association médicale italienne*, *Sienne.* 16-20 août 1891.) — Sur l'organe de Corti, par Chatin. (*Soc. de biol.*, 25 juin). — Sur le rôle de l'appareil de Corti dans l'audition, par Beauregard. (*Ibid.*, 11 juin.) — Sur le rôle de la fenêtre ronde, par Beauregard. (*Soc. de biol.*, 18 juin.) — Sur la théorie de la combinaison des sons, par L. Hermann. (*Archiv für die gesammte Physiologie*, XLIX, p. 499.) — De la recherche de l'acuité auditive par les diapasons, par Eeman. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet, p. 516.) — L'audiphone appliqué au diagnostic otologique, par Gellé. (*Ann. mal. de l'or.*, juillet.) — Valeur symptomatique du réflexe de l'accommodation binauriculaire, par Gellé. (*Soc. de biol.*, 14 mai). — De la valeur des méthodes d'examen de l'ouïe pour juger de la dureté de l'ouïe après les accidents, par Kiesselbach. (*Münch. med. Woch.*, 13, p. 211.) — De la surdité pour les tons musicaux, par Kunn. (*Wien. med. Wochensch.,* 9.) — Traitement mécanique des anomalies de tension, par Blake. (*Arch. of otol.*, XXI, 2.) — Nouveau procédé pour cathétériser la trompe d'Eustache, par Lœwenberg. (*Soc. de laryng. de Paris,* 6 mai.) — Sur une cause d'erreur possible dans l'épreuve de Valsalva, par Lannois. (*Rev. de laryng.*, 15 mai.) — Torpeur du nerf acoustique produit par la sténose de la trompe, par Rohrer. (*Archivos int. de rinologia*, III, 17.) — Manuel d'otiatrie, par K. Buerkner. (*Stuttgart.*) — Le signe otique dans les affections cérébrales, valeur du réflexe binauriculaire d'accommodation, par Gellé. (*Soc. de laryng. de Paris*, 6 mai et *Ann. mal. de l'or.*, mai.) — La maladie de Ménière, par Gomez de la Mata. (*Archivos int. rinol.*, III, 17.) — Perforations traumatiques du tympan, par Nothers. (*Zeit. f. Ohr.*, XXIII, 1.) — De la régénération de la substance propre dans les cicatrices du tympan, par Gomperz. (*Monats. f. Ohr.*, avril.) — Perforation de la membrane de Schrapnell, par Milligan. (*Manchester clin. soc.*, 26 avril). — Sur le pityriasis de l'oreille, traitement de cette affection, par Albespy. (*Rev. de laryng.*, 1er août.) — Surdité par syphilis héréditaire, par Mygind. (*Journ. of laryng.*, août.) — Sur l'otite interne syphilitique, par Charazac. (*Rev. de laryng.*, 15 juin.) — Surdité subite par syphilis héréditaire, par Barclay. (*Med. News*, 30 avril.) — Traitement de la douleur d'oreille, par Seiss. (*Therap. Gaz.*, 15 juin.) — Du rôle des microorganismes dans les otites moyennes purulentes et leurs complications mastoïdiennes, par De-

VAUMECOURT. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — De l'otite moyenne aiguë suppurée chez les enfants, par M[lle] MARGOULIS. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Signification de l'odeur des écoulements dans le traitement de l'otite suppurée chronique, par GRADLE. (*Arch. of otol.*, XXI, 2.) — Antrectomie comme traitement de l'otite moyenne purulente chronique, par LANE. (*Ibid.*, XXI, 2.) — Obs. de mastoïdite, par FERRER et CLARK. (*Ibid.*) — Abcès cérébral par otite moyenne, opération, guérison, par TRUCKENBROD. (*Ibid.*) — Notes sur le pronostic et le traitement de l'otite moyenne chronique non suppurée, par DENCH. (*Ibid.*, XXI, 2.) — Otite moyenne suppurée. Symptômes de méningite partielle et de pyohémie. Guérison, par MOUSSOUS. (*Arch. clin.*, *Bordeaux*, 1[er] janvier.) — Note statistique sur les suppurations de l'oreille moyenne compliquées d'inflammation mastoïdienne, par HAMON DU FOUGERAY. (*Soc. de laryng. de Paris*, 6 mai.) — Septicémies et septico-pyohémies consécutives à l'otite moyenne suppurée, par CHAUVEL. (*Mercredi méd.*, 6 juillet.) —Nécrose primitive du labyrinthe avec paralysie faciale, par TŒPLITZ. (*Arch. of otol.*, XXI, 2). — Traitement des suppurations chroniques de l'oreille, par KATZ. (*Therap. Monats.*, mai.) — De l'abcès mastoïdien, par HICGUET. (*La Polyclinique*, *Bruxelles*, 3.) — Traitement des suppurations chroniques de l'oreille moyenne par la mise à découvert des cavités de l'oreille après décollement du pavillon. (*R. S. M.*, XXXIX, 730), par STACKE. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 68, 25 janvier.) — Du traitement chirurgical de la surdité consécutive à l'otite moyenne sèche, par GUÉRARD. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Des cavités osseuses ouvertes, pourvues d'épithélium, qui restent après la trépanation de l'apophyse mastoïde, par Eg. HOFFMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 6, p. 116.) — De l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les cas d'otites moyennes aiguës survenant à la suite de l'influenza, par POLITZER. (*Ann. mal. de l'or.*, mai). — Les indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les mastoïdites grippales, par ORGOGOZO. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Trépanation de l'apophyse mastoïde, par MOLL. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet.) — De la trépanation de l'apophyse mastoïde dans les otites moyennes faisant suite à l'inflenza, par POLITZER. (*Wiener med. Presse*, 10.) — Pyohémie suite d'otite, guérison par ablation d'un thrombus putride de la jugulaire et du sinus latéral, par PARKER. (*Brit. med. journal*, 21 mai.) — Du grattage du rocher dans l'otorrhée chronique, par GARRIGOU-DÉSARÈNES. (*Rev. de laryng.*, 1[er] juin.) — De l'excision des osselets, par REINHARD. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXIII, 2.) — Morceau de coton simulant un séquestre osseux enlevé du conduit auditif, par Gorham BACON. (*Rev. de laryng.*, 1[er] août.) — Masse de plomb inscrustée dans la cavité tympanique extirpée à l'aide du mercure métallique, par SHEILD. (*Lancet*, 30 avril.) — De la périchondrite tuberculeuse de l'oreille, par HAUG. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — Sur un procédé de traitement des kystes du pavillon, ponction et cautérisation galvaniques, par LAVRAND. (*Rev. de laryng.*, 15 juin). — Des polypes de l'oreille, par SHEILD. (*Lancet*, 28 mai.) — Structure des polypes de l'oreille, par LAKE. (*Arch. of otol.*, XXI, 2.) — Exostose de l'oreille, rétention du pus dans les parties profondes, par BARR. (*Brit. med. j.*, 2 juillet.) — Cancer de l'oreille, par DALBY. (*Lancet*, 2 juillet.) — Nouveau cathéter pour la trompe d'Eustache, par J. HERZFELD. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 247, 14 mars.)

Oreillon. — Des oreillons, albuminurie ourlienne, par GAGÉ. (*Thèse de Paris*, 9 juin.)

Os. — Trous mentonniers chez l'homme et les autres mammifères, par BERTELLI. (*Monit. zool. ital.*, 31 mars.) — Lois de l'apparition du premier

point épiphysaire des os longs, par Jullien. (*Acad. des Sc.*, 11 avril.) — Anatomie de l'échancrure coracoïdienne, par Delbet. (*Bull. Soc., anat.*, 15 avril.) — Pigmentation de la moelle osseuse chez les reptiles, par Pilliét. (*Soc. anat. Paris,* 25 mars.) — Recherches sur les ossements humains anciens et préhistoriques en vue de la reconstitution de la taille, par Rahon. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.) — Absence congénitale des deux rotules, par Railton. (*Manchester clin. soc.*, 26 avril.) — Étude des tumeurs des cals osseux, par Haberern. (*Arch. f. k. Chir.*, XLIII, 2.) — De la réparation immédiate des pertes de substance intra-osseuse à l'aide de corps aseptiques, par Duplay et Cazin. (*Ac. des Sc.*, 18 juillet.) — 3 cas de fragilité extrême des os, dont 1 syphilitique, par A. Kœhler. (*Berlin. k. Woch.*, p. 316, 28 mars.) — De l'ostéite albumineuse, par Mennen. (*Inaug. Diss., Iéna.*) — Un cas cas d'ostéite déformante, de Paget, par Pierre Marie. (*Soc. méd. des hôpit.*, 10 juin.) — Un cas d'ostéite déformante par Moizard et Bourges. (*Arch. de méd. exp.*, IV, 4.) — Ostéomyélite aiguë du pubis, par Girard. (6e *Cong. franç. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 30 avril.) — Ostéomyélite à staphylocoques, par Arnaud. (*Marseille médical*, 9, p. 281.) — De quelques variétés d'ostéomyélite costale aiguë, par Haslé. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Trois cas de disjonction de l'épiphyse de la tête du fémur, par Bradford. (*Boston med. Journal*, p. 212.) — De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumonique, par Orrillard. (*Gaz. des hôpit.*, 25 juin.) — Sur quelques cas de tuberculose des os et des articulations, par Anderson. (*St.-Thomas's hosp. Rep.*, XX.) — De la tuberculose de la diaphyse des os longs, par Reichel. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — Le traitement chirurgical des cas graves de tuberculose osseuse et articulaire d'après le procédé de Billroth, par F. Krause. (*Deut. med. Woch.*, 9, p. 177.) — Sur une ostéo-arthrite hypertrophique infectieuse produite expérimentalement chez le lapin, par Dor. (*Lyon méd.*, 17 avril.) — Méthode sclérogène appliquée aux ostéo-arthrites du poignet, par Timmermans. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Nécrotomie ostéoplastique, par Bier. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — Sur les chevilles d'ivoire comme moyen d'immobilisation directe des fragments osseux et comme soutien du périoste, par Gaudard. (*Thèse d'Aarau.*) — Sur une série de 22 ostéotomies pour courbures rachitiques pures ou compliquées de genu valgum, par Phocas. (*Rev. d'orthop.*, III, 4.) — Des déformations des os des membres inférieurs amenées par les ankyloses du genou, par Masson. (*Thèse de Lyon*). — Sarcome du fémur, récidive 5 ans après l'amputation sous-trochantérienne, par Hartley. (*N. York surg. Soc.*, 27 janvier.) — Ablation d'un sarcome à cellules géantes du tibia, par Westphal. (*Berlin. klin. Woch.*, 3, p. 318, 28 mars.) — Amputation pour un sarcome à cellules rondes du tibia chez un jeune garçon, par Sonnenburg, Schlange et J. Wolff. (*Ibid.*, p. 257 et 258, 14 mars.) — Ostéosarcome du fémur, désarticulation de la hanche, par Fontorbe. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 365.) — De la forme dite sénile de l'ostéomalacie, par Grajon. (*Thèse de Paris*, 28 juillet. — — Guérison de l'ostéomalacie, 2 cas de castration, par Desiderius von Velits. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIII, 2).

Ovaire. — Sur la difficulté, dans certains cas, du diagnostic différentiel, de l'ascite et des kystes de l'ovaire, par Monod. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII. p. 376.) — Kyste de l'ovaire chez une enfant de 12 ans, par Davidson, (*Med. News*, 2 juillet.) — Deux cas de petites tumeurs ovariques simulant des fibromes, par Doran. (*Brit. med. Journ.*, 4 juin.) — 2 cas de kystes ovariques suppurés pris pour des pérityphlites, par Roux. (*Revue méd. Suisse romande*, XI, 166, mars.) — Kyste dermoïde huileux de l'ovaire droit, ovaire scléro-kystique avec petit kyste hématique à gauche, salpin-

gite double, par MALHERBE. (*Soc. anat. Paris*, mai, p. 364.) — Thérapeutique conservatrice dans la salpingo-ovarite, par DOLERIS. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 avril.) — De l'abus de l'opération de Battey et de Tait, par GUERMONPREZ. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 avril.) — De l'ovarite, par PETIT. (*Ibid.*) — Laparotomie pour un kyste paraovarien, tamponnement du péritoine, guérison, par FOURNEL. (*Arch. de tocol.*, juin.) — Ablation des deux ovaires au troisième mois d'une grossesse ; accouchement normal à terme, par POLAILLON. (*Bull. acad. méd.*, 26 juillet.) — Analyse clinique et microscopique de 25 ovaires extirpés, au point de vue de l'hématome, par FŒRSTER. (*Americ J. of obst.*, mai.) — Traitement du pédicule dans l'ovariotomie, par KEITH. (*Lancet*, 30 avril.) — Procédé de ligature du pédicule dans l'ovariotomie, par SANDERSON. (*Lancet*, 28 mai.) — De la torsion du pédicule des tumeurs ovariques, par FREUND. (*Cent. f. Gynæk.*, 4 juin.) — Quelques considérations sur la rotation des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, par L. IMBERT. (*Montpellier méd.*, p. 85.) — Quelques formes cliniques de la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire, par BOURSIER. (6e *Cong. franç. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 26 avril.) — Ovariotomie chez une malade de 82 ans, par EDIS. (*Brit. med. J.*, 23 avril.) — Cas d'ovariotomie, par DAVIS. (*Boston med. Journal*, 9 juin.) — Laparotomie pour gros sarcome de l'ovaire droit chez une fille de 19 ans ; mort huit semaines plus tard par généralisation sarcomateuse, par WYDER. (*Correspond.-Blatt f. schweiz. Ærzte*, p. 116, 15 février.)

P

Palais. — Vomissements provoqués par l'allongement de la luette, par PARKER. (*Med. News*, 23 juillet.) — Ulcérations tuberculeuses de la voûte palatine, par COOLIDGE. (*Boston med. Journal*, 5 mai.) — Papillome du pilier antérieur du voile du palais, par LAENNEC. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 juin.) — Des perforations des piliers antérieurs, par MORRICE. (*Lancet*, 16 juillet.) — Palatoplastie, par LIKNAITZKY. (*Thèse de Paris*, 16 juin.) — Un cas d'uranoplastie, par DURET. (*Journ. sc. méd. Lille*, 25 mars.)

Paludisme. — De l'hématozoaire du paludisme et de son importance en clinique, par SOULIÉ. (*Soc. de biol.*, 23 juillet.) — Nature et mode de formation des flagella et corps flagellés du sang, par TREILLE. (*Bull. méd.*, 15 juin.) — Sur l'étiologie de l'infection malarique au point de vue parasitologique, par OTTONE BARBACCI. (*Centralbl. für allg. Path.* 15 janv.) — Des plasmodies dans les affections malariales, par RUGE. (*Deut. milit. Zeit.*, 2.) — L'état réfractaire des singes et des animaux en général à l'infection par les hémoparasites malariens de l'homme, par A. ANGELINI. (*La Riforma medica*, 16 décembre 1891.) — Les modifications du sang dans les fièvres palustres, par A. BRUSH. (*New Yord med. Record*, p. 66, 16 janvier.) — Nouvelle note pour servir à l'histoire des associations morbides, anthrax et paludisme, par VERNEUIL. (*Acad. des sc.*, 4 juillet.) — Cardiopathies palustres, par SARAMITO. (*Thèse de Montpellier.*) — Diabète chez les paludéens, par KOHOS. (*Lyon méd.*, 22 mai.) — L'hématurie malariale, par HARE. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.) — Action de la quinine sur les parasites malariques et sur les accès fébriles qu'ils déterminent, par GOLGI. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 3.) — Sur l'action de différentes substances médicamenteuses sur l'hématozoaire de Laveran

par MIRMESCU et GHEORGHIU. (*Gaz. heb. Paris*, 2 juillet.) — Le phénocolle dans les fièvres intermittentes, par P. ALBERTONI. (*La Riforma medica*, 5 janvier.)

Panaris. — Maladie de Morvan, par SACHS et ARMSTRONG. (*N. York med. Journ.*, 37 avril.)

Pancréas. — Greffe sous-cutanée du pancréas, par HÉDON. (*Soc. de biol.*, 9 avril.) — Sur la digestion des graisses après fistule biliaire et extirpation du pancréas, par HÉDON et VILLE. (*Ibid.*) — Greffe sous-cutanée du pancréas, ses résultats au point de vue de la théorie du diabète pancréatique, par HÉDON. (*Ibid.*, 23 juillet.) — Des effets de la greffe extra-abdominale du pancréas, par GLEY et THIROLOIX. (*Ibid.*) — Greffe pancréatique sous-cutanée, 19 jours après, ablation totale du reste du pancréas, glycosurie passagère ; 12 jours après, extirpation de la glande greffée, diabète sucré, par THIROLOIX. (*Bull. soc. anat. Paris*, 1er juillet.) Pancréas kystique, par THIROLOIX et DU PASQUIER. (*Bull. Soc. anat.*, avril, p. 310.) — Kyste du pancréas guéri en apparence par l'incision et le drainage ; perforation de l'estomac ; mort, autopsie, par RICHARDSON. (*Boston med. Journal*, 5 mai.) — Diagnostic et traitement des kystes du pancréas, par SCHRŒDER. (*Thèse Breslau.*) — Dédoublement du salol dans l'intestin des chiens privés de pancrés, par GLEY. (*Soc. de biol.*, 9 avril.) — La tuberculose du pancréas, par PALLIER. (*Thèse de Paris*, 26 juillet).

Pansement. — Du pansement moderne des plaies, par KIRCHHOFF. (*Therap. Monats.*, juillet.) — Moyens de contrôler la température des étuves à stérilisation, par QUÉNU. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 360). — De la valeur de la stérilisation des objets de pansements au point de vue de la pratique médicale, par DUHRSSEN. (*Arch. de tocol.*, avril.) — Instruction pour le traitement aseptique des plaies, par C. SCHIMMELBUSCH. (*Berlin.*) — Du traitement antiseptique des plaies, par NEUBER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 2.) — Sur la préraration de la gaze au sous-gallate de bismuth, par GAY. (*Montpellier médical*, 17, p. 327.)

Paralysie. — Deux cas de paralysie périphérique avec paralysie partielle de la sensibilité, par STRAUSS. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, II, 2 et 3.) — Sur un cas de monoplégie brachiale chez l'homme présentant des difficultés de diagnostic, par CHARCOT. (*Semaine méd.*, 8 juin.) — Paralysie bulbaire sans lésions anatomiques, par SENATOR. (*Neurol. Centralb.*, 15 mars.) — Un cas de paralysie bulbaire aiguë, par Ph. HAUSER. (*La médecine moderne*, 7 avril.) — Contribution à l'étiologie des paralysies faciales périphériques, par M. BERNHARDT. (*Berlin. klin. Wochens.*, 29 fév. et 7 mars.) — Paralysie radiculaire du plexus brachial d'origine traumatique, par BRISSAUD. (*Semaine méd.*, 27 avril.) — Paralysie du grand dentelé par coup d'instrument piquant dans l'aisselle droite, par JOLLY. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 17, 4 janvier.) — Sur la paralysie du diaphragme, par SUCKLING. (*Brit. med. J.*, 28 mai.) — La paralysie bulbaire, par HOPPE. (*New York med. Record*, p. 477, 30 avril.) — Deux cas de paralysie glosso-labio-laryngée, par SANDFORD. (*Journ. of laryng.*, mai, p. 211.) — Traitement opératoire de la paralysie spasmodique (maladie de Little), par SCUDDER. (*Boston med. Journal*, 31 mars.) — Déviation de la cuisse consécutive à la paralysie infantile ; réduction à ciel ouvert, par PIÉCHAUD. (6e *Cong. franç. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 26 avril.) — Des formes de la maladie de Parkinson, par BÉCHET. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Sur le traitement de la paralysie agitante, par L. BORDONI. (16e *Congrès de l'Assoc. méd. ital. Sienne*, 16-20 août 1891.)

Paralysie générale. — La paralysie générale spinale diffuse subaiguë de Duchenne représente-t-elle un type distinct de myélite diffuse, par Leroy. (*Arch. de neurol.*, juillet.) — Symptômes et anatomie pathologique de la paralysie générale en particulier des lésions de la moelle et des nerfs périphériques, par Fürstner. (*Arch. f. Psych.*, XXIV, 1.) — Syphilis et paralysie générale, alcoolisme et paralysie, criminalité et dégénérescence, contagion de la folie, par Toulouse. (*Gaz. des hôp.*, 26 juillet.) — Lésions des poumons, du cœur, du foie et des reins dans la paralysie générale, par Klippel. (*Arch. de méd. exp.*, IV, 4.) — Paralysie progressive chez un sujet de 21 ans après infection syphilitique, par Huefler. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, II, 5 et 6.) — Modifications des nerfs des membres dans la paralysie générale, par Ruxton et Goodall. (*Brain*, n° 78.) — De la paralysie générale due aux excès alcooliques, par Berbez. (*Thèse de Paris* 24 mai.) — De la pseudo-paralysie générale arthritique, par Klippel. (*Rev de méd.*, avril.) — Iridoplégie réflexe dans la paralysie générale, par Redlich. (*Neurol. Cent.*, 15 mai.) — Traitement chirurgical de la paralysie générale, par Macpherson et Wallace. (*Brit. med. J.* 23 juillet.)

Parole. — Casuistique et traitement de certains troubles de la parole, par E. Winckler. (*Wien. med. Wochenschr.*, 11.)

Pathologie. — Influence des troubles mentaux sur les maladies organiques par Grabham Lys. (*Lancet*, 23 avril.) — Diagnostic de clinique médicale. Manuel des méthodes d'exploration des maladies internes, par Félix Wesener. (*Berlin.*)

Paupière. — Du chémosis, par Bertrand-Lauze. (*Lyon méd.*, 3 juillet.) — Un cas d'entropion congénital double, guérison, par Guibert. (*Arch. d'opht.*, février.) — Ectropion cicatriciel; blépharoplastie par greffe cutanée ; guérison, par Fromaget. (*Journ. méd., Bordeaux*, 3 avril.) — Traitement simplifié de l'entropion et de l'ectropion, par Dehenne. (*Rev. gén. de clin.*, 13, p. 199.) — Sur la greffe cutanée et muqueuse dans l'opération du trichiasis, par Franke. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, février.) — Eruption vaccinale de la paupière, par Hirschberg. (*Centralbl. f. prakt. Augenh.*, janvier.) — Mélanosarcome des paupières, par Helfreich. (*Sitz. phys. med. Gesells. Würzburg,* 7 novembre 1891.) — Un cas d'éléphantiasis des paupières, par Fage. (*Ann. d'ocul.*, avril.)

Peau. — Du tissu élastique de la peau chez les personnes d'âge moyen et supérieur, par Sederholm. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIV, 15.) — Sur la mensuration de l'épaisseur du pannicule adipeux sous-cutané, par Richer. (*Soc. de biol.*, 4 juin.) — La croissance de la peau et des cheveux chez l'homme, par v. Schein. (*Wien. klin. Woch.,* 5.) — De la sommation des irritations cutanées, par Gad et Goldscheider. (*Zeit. f. klin. Med.,* XX, 4.) — Sécrétions grasse de la surface cutanée, par Gamberini. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVI, 1.) — Sur quelques micro-organismes de la peau normale, par Damman. (*Brit. med. J.*, 16 juillet.) — De l'état séborréique de la peau et de ses rapports avec les dermatoses, notamment avec l'acné, étude de pathogénie et de traitement, par Jacques. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — Recherches histologiques et bactériologiques sur quelques affections cutanées, par Regensburger. (*New York med. Journ.*, 9 juillet.) — De la dermatite exfoliatrice généralisée, par Oro. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVII, 1). — Bactériologie de la dermatite exfoliatrice épidémique, par Russell. (*Brit. Journ. of dermat.*, avril.) — Dermatite aiguë suppurée, par Taylor. (*Ibid.*) — Des cliniques dermato-

logiques écossaises, par Walker. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XV, 1.) — Obs. de dermatite herpétiforme, remarques sur l'étiologie, par Elliot. (*N. York med. Journ.*, 28 mai.) — Maladies de la peau associées à des troubles du système nerveux, par Corlett. (*Americ. J. of med. sc.*, juin.) — Du développement du cancer de la peau, par Schuchardt. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — Tumeurs de la peau (mycosis fongoïde ? verrues séborrhéiques ?) chez un variqueux de 34 ans, par Saalfeld. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 258 et 259, 14 mars.) — Des dermatoses médicamenteuses, par A. Renault. (*Rev. gén. de clin.*, 16, p. 244.) — Le menthol dans les affections prurigineuses de la peau, par Colombini. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVII, 1.) — La pâte de Bassorin dans le traitement des maladies de la peau, par Elliot. (*Journ. of cutan. dis.*, mai.) — L'action de l'antimoine dans les maladies de la peau, par Jamieson et Douglas. (*Edinb. med. J.*, juin.) — Contribution à l'étude du décollement traumatique de la peau et des couches sous-jacentes, par K. Koch. (*Münch. med. Woch.*, 15 et 16, p. 247 et 268.) — Du traitement balnéaire dans les dermatoses, par E. Saalfeld. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 344, 4 avril.)

Pemphigus. — Un cas de pemphigus gangreneux, par Mansouroff. (*Soc. de Dermat.*, 7 juillet.) — Étiologie du pemphigus, par Kirchner. (*Arch. f. Dermat.*, XXIV, 4.) — Pemphigus de la conjonctive, par Brailey. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVIII.)

Peptone. — Sur le poids moléculaire des peptones, par Ciamician et Zanetti. (*Atti. d. Accad. dei Lincei.*, I, 8 et *Arch. ital. de biol.*, XVII, 3.) — Sur la composition chimique des peptones, par Schutzenberger. (*Acad. des sc.*, 25 juillet.) — Sur la peptonurie, par Debraye et Legrain. (*Ann. mal. gén.-urin.*, juillet.)

Périnée. — Périnéorraphie, méthode de Tait, par Robinson. (*Americ. J. ot obst.*, mai.) — Recto-périnéoplastie pendant [la grossesse, par Weil. (*Prager med. Woch.*, 16 mars.)

Péritoine. — Rapports du péritoine avec le côlon descendant, par Symington. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Diagnostic précoce et traitement de la péritonite septique, par Elsner. (*N. York med. Journ.*, 18 juin.) — Péritonite aiguë par rupture d'un kyste dermoïde chez une femme en couches, mort, par Tison. (*Soc. anat. Paris*, 25 mars.) — Sur la péritonite tuberculeuse, par Richelot. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 312.) — De la péritonite à pneumocoques, par Morisse. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — De la péritonite tuberculeuse, formes, traitement chirurgical et curabilité comparée, par Hawkins. (*St-Thomas's hosp. Rep.* XX.) — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, par Routier. (*Rev. gén. de clin.*, 11, p. 161.) — La laparotomie dans la péritonite tuberculeuse de l'enfant, par Hartmann et Aldibert. (*Ann. de gynéc.*, juin.) — Note sur le traitement chirurgical de la péritonite aiguë par la laparotomie, par Bompard. (*Union méd. Nord-Est*, 3, p. 68.) — Péritonite aiguë, laparotomie, par Jacobs. (6e *Cong. franç. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 19 avril.) — Péritonite, laparotomie, résection de l'intestin, par Dezanneau. (*Ibid.*) — De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, par Aldibert. (*Gaz. hebd. Paris*, 7 mai.) — Étude clinique des tumeurs malignes du grand épiploon, par Lavocat. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — Anomalie d'évolution du péritoine persistance du mésoduodénum et du mésentère commun primitif chez un fœtus de 7 mois 1/2, par Rogie et Pérignon. (*Journ. sc. méd. Lille*, 15 janv.) — Kyste du mésentère, par Quinson. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 mai.) —

Kystes chyleux du mésentère, par Klefstad-Siconville. (*Thèse de Paris*. 25 juillet.) — Granulie péritonéale ; occlusion intestinale par agglutination en masse, par Cadilhac. (*Montpellier médical*, 20, p. 383.) — Irrigation péritonéale et drainage, par Cordier. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 9 juillet.)

Pharmacologie. — L'enseignement et l'histoire de la pharmacologie, par Pouchet. (*Rev. scientif.,* 21 mai.) — Des rapports entre la constitution chimique et l'action hypnotique, par Schneegans et v. Mering. (*Therap. Monats.*, juillet.) — Sur l'action antiseptique des alcaloïdes, par Cadéac. (*Lyon méd.*, 12 juin.) — Action paralysante locale de la cocaïne sur les nerfs et les centres nerveux, applications à la technique expérimentale, par François Franck. (*Arch. de phys.*, IV, 3.) — Action de l'atropine et de la pilocarpine sur les leucocytes, par Maurel. (*Bull. de thérap.*, 15 avril.) — De l'antagonisme symptomatique de la morphine et de l'atropine, par G. Sticker. (*Centralblatt für klin. Med.*, 12, 1892.) — De l'action de quelques alcaloïdes des papavéracèes, par Meyer. (*Arch. f. exper. Path.*, XXIX, 5 et 6.) — Sur l'action des alcaloïdes du veratrum, de la protovératrine, par Eden. (*Ibid.*, XXIX, 5 et 6.) — Sur l'action physiologique de l'ortie, par Lo Monaco et Oddi. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 3.) — Étude sur les pyrèthres, par Verneau. (*Thèse de pharm. Montpellier.*) — L'hydrastis canadensis, par Egasse. (*Bull. de thér.,* 15 juillet.) — De l'action de l'hydrastinine, par Faber. (*Therap. Monats.*, juillet.) — Action physiologique des principes actifs de l'urechites suberecta, par Stockman. (*Brit. med. J.*, 18 juin.) — De l'action musculaire de la pelletiérine, par Coronedi. (*Sperimentale*, XLVI, 3.) — Sulfate de cinchonamine, par Arnaud et Charrin. (*Soc. de biol.*, 16 juillet.) — Sur l'action des sels de cantharidine, par Liebreich. (*Therap. Monats.*, juin.) — Action de la cantharidine, par Kahn. (*Therap. Monats.*, mai.) — De la salipyrine, par Taberlet. (*Gaz. heb. Paris*, 2 juillet.) — Recherches sur la salipyrine, par Argo. (*Therap. Monats.*, mai.) — Étude physiologique de l'essence de géranium, par Cadéac et Meunier (*Province méd.*, 18 juin.) — De l'upas antiar, ses effets sur le cœur et les vaisseaux, principalement chez les mammifères, par M. Doyon. (*Arch. de phys.*, IV, 3.) — Méthode pour stériliser les solutions de physostigmine, par L. Sabbatini. (*La Riforma medica*, 8 avril.) — Du pental (hydramyle), par E. Weber. (*Münch. med. Woch.*, 7, p. 105.) — Du viburnum prunifolium, par Joseph. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 344, 4 avril.) — De l'action physiologique de quelques molécules organiques cyanogénées, cyanosuccinate de méthyle et dérivés, par Barthe et Ferré. (*Arch. de phys.*, IV, 3.) — Paraldéhyde comme hypnotique et diurétique, par Syson. (*Lancet*, 23 juillet.) — Sur l'action physiologique de la phénacétine, par Ledoux. (*Rev. de méd.*, avril.) — Mode d'action du gaïacol, par Fritz Halscher et Richard Seifert. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 48, 18 janvier.) — De l'antithermine, par Drobner. (*Wiener med. Presse*, 3 et 10 avril.) — Du benzonaphtol, par Gilbert. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 mai.) — Étude du benzonaphtol, par Lemoult. (*Thèse de Paris*, 29 juin.) — Propriétés et action biologique de la sulfaldéhyde liquide ou thioaldehyde, par V. Lusini. (16[e] *Cong. de l'Assoc. med. ital. Sienne*, 16-20 août 1891.) — Innocuité des vinolines, et d'autres couleurs dérivant du goudron, par C. Raimondi et A. Dei. (*Ibid.*) — Recherches thérapeutiques sur quelques préparations de sozoïodol et en particulier sur le sozoïodol hydrargyrique, par Schwimmer. (*Wien. klin. Woch.*, 26, 1891.) — Recherches sur le phénocolle hydrochlorique, par Balzer. (*Therap., Monats.*, juin.) — Sur la cupréine et ses dérivés, par Grimaux et Laborde. *Soc. de biol.*, 2 juillet.) — Du naphtocrésol et du lysol, par Cadéac et

GUINARD. (*Lyon méd.*, 26 juin.) — Sur une combinaison naphtolée soluble l'asaprol, par STÆKLER. (*Bull. de thér.*, 15 mai.) — Recherches pharmacologiques sur les acétones, par ALBANESE et BARABINI. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 2.) — Les propriétés antiseptiques de l'antipyrine, par A. ROBIN (*Soc. de biol.*, 9 avril.) — Action de l'anagyrine sur le cœur et sur les vaisseaux, par GLEY. (*Soc. de biol.*, 23 juillet.) — Sur l'action physiologique de l'anagyrine et particulièrement sur son action cardio-vasculaire, par COUTREST. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Sur la toxicité des sels de parasaniline et des fuchsines commerciales, par DUPAYS. (*Thèse de Lyon.* — Picrotoxine et coriamyrtine comme agents de collapsus, par KŒPPEN. (*Arch. f. exper. Path.*, XXIX, 5 et 6.) — Sur l'asaprol, par STACKLER. (*Bull. de thérap.*, 15 juin.) — Sur les propriétés antiseptiques du dermatol, par GUINARD et CADÉAC. (*Lyon méd.*, 8 mai.) — Les nouveaux hypnotiques (hypnal, ural, uréthane chloralique, somnal, chloralamide, hydrate d'aniline, dans la clinique thérapeutique de Sienne. (16e *Congrès de l'Assoc. med. ital. Sienne.*, 16-20 août 1891.) — Observations et expériences sur le phénylurétane, par C. RAIMONDI et R. CIULLINI. (*La Riforma medica*, 15 janvier.) — Etude sur le salicylate de bismuth et le salicylate de lithium, par SCHLUMBERGER. (*Bull. de thérap.*, 15 avril.) — De l'emploi du chlorhydrate d'ammoniaque, par Ch. LIÉGEOIS. (*Rev. gén. de clin.*, 16, p. 249.) — Action de l'iodure de strontium sur la circulation, par LAPICQUE et MALBEC. (*Soc. de biol.*, 4 juin.) — Sur l'accumulation et l'élimination du bromure de strontium, par FÉRÉ, HERBERT et PEYROT. (*Soc. de biol.*, 11 juin.) — Action comparée des iodures alcalins et alcalino-terreux ; action des iodures sur le cœur, par LAPICQUE. (*Soc. de biol.*, 11 juin.) — Du bromisme, par CHAUMONT. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.) — Liséré gingival consécutif à l'ingestion du borax, par LEMOINE. (*Bull. de thérap.* 30 mai.) — Des fonctions physiologiques de l'acide phosphorique, par LÖW. (*Münch. med. Woch.*, 5, p. 79.) — La pénétration et la répartition du fer dans l'organisme animal, par LAMBLING. (*Bull. méd. Nord*, 8, p. 179.)

Pharynx. — Des névroses et des névroses réflexes du pharynx nasal, par BAUMGARTEN. (*Samml. klin. Vorträge*, 44.) — Varicosités veineuses de la gorge, par MILLER. (*Brit. med. J.*, 23 avril.) — Des hémorragies pharyngées, par ROSENTHAL. (*Deut. med. Woch.*, 26 mai.) — Sur les hémorragies pharyngiennes, par JUMON. (*Méd. moderne*, 26 mai.) — Sur une forme non encore décrite de mycose pharyngée, par CAPART. (*Rev. de laryng.*, p. 502, 15 juillet.) — Corps étrangers et productions cornées de l'arrière-gorge dans les pharyngomycoses. Action du chlorure de zinc iodé sur le leptothrix buccalis, par DE NABIAS et SABRAZÈS. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 juin.) — Affections de l'appareil respiratoire, prodromes de la fièvre typhoïde, ulcérations typhiques pharyngées, par BAYER. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet.) — Leptothrix du pharynx, du larynx et de l'œsophage chez un enfant de 8 mois atteint de coqueluche, par DUBLER. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Ærzte*, p. 79, 1er février.) — Des rétrécissements syphilitiques du pharynx, par JACOBSON. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) 5 cas de sensations d'épingle dans la gorge, par DUNN. (*N. York med. Journ.*, 11 juin.) — Sur la présence de cellules géantes dans les végétations adénoïdes du pharynx, par PILLIET. (*Soc. anat. Paris*, p. 236, mars.) — Tumeurs adénoïdes, deux récidives successives dans un cas et une seule récidive dans un autre cas, par LAVRAND. (*Rev. de laryng.*, 1er juin.) — Contribution à l'étude des végétations adénoïdes. Les végétations chez les sourds-muets, par WROBLEWSKI. (*Ibid.*, 1er mai.) — Au sujet du tissu adénoïde du pharynx, par DUNN. (*N. York med. Journ.*, 9 avril.) — Tumeur adénoïde de la grosseur d'une noisette, par GOURAUD.

(*Gaz. méd. Nantes*, 12 juin.) — Note sur le traitement du catarrhe de l'amygdale pharyngée et en particulier de sa forme circonscrite dite angine de Tornwaldt, par Ruault. (*Arch. int. de laryng.*, V, 3.) — Traitement par la résorcine en solution concentrée de l'hypertrophie du tissu lymphoïde pharyngien, par Marage. (In-8°, 24 p., *Paris*.) — Le couteau de Schmidt adapté à l'enfant, par Couetoux. (*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Un cas rare de tératome du pharynx, par Roncalli. (*Riforma med.*, 29 janvier.) — Traitement des fibro-myxomes naso-pharyngiens, par Wagnier. (*Rev. de laryng.*, 15 juin.) — Polype naso-pharyngien, résection temporaire de l'auvent nasal, par Debaisieux. (*Presse méd. belge*, 24 avril.) — Epithélioma pharyngé, gastrostomie, mort par broncho-pneumonie tuberculeuse, par Meunier. (*Soc. anat. Paris*, 10 juin.)

Phlegmon. — Traitement des phlegmons, par Helferich. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 61, 25 janvier.)

Photographie. — Photographies stéréoscopiques de pièces anatomiques, par Debierre. (*Soc. de biol.*, 25 juin.) — Photographies stéréoscopiques de pièces anatomiques, par Doumer. (*Ibid.*, 16 juillet.)

Phtiriase. — Pediculi pubis sur la tête, par Heisler. (*Arch. f. Dermat.*, XXIV, 4.) — Phtiriase des paupières, par Allen. (*N. York med. Journ.*, 11 juin.)

Physiologie. — Technique physiologique, nouvel enregistreur, par Morat. (*Arch. de phys.*, IV, 3.) — Exposé des travaux de physiologie et de physiologie pathologique accomplis en Russie en 1891, par Mendelssohn. (*Arch. de phys.*, IV, 3.)

Pied. — Sur la contracture plantaire produite par le surmenage, par Dewèvre. (*Soc. de biol.*, 11 juin.) — Sur une affection parasitaire du pied non encore décrite, variété de pied de Madura, par Gemy et Vincent. (*Ann. de dermat.*, III, 5.) — Un cas de pouce bifide ; de la bifidité du pouce, par Longuet. (*Rev. d'orthop.*, III, 4.) — Ectrodactylie quadruple des pieds et des mains se transmettant pendant 3 génératiions, par Bédart. (*Soc. de biol.*, 7 mai.) — Varus équin congénital, incurvation antérieure avec saillie angulaire du tibia, absence du péroné, par Jeannel. (*Midi méd.*, 9 avril.) — Sur le rôle de l'élasticité de la voûte plantaire dans le mécanisme de la marche et sur la physiologie du pied plat, par Dewèvre. (*Soc. de biol.*, 28 mai.) — Un cas de pied bot varus équin traités suivant la méthode de Phelps, par Cushing. (*Boston med. Journal*, 31 mars.) — Pied bot varus congénital redressé par l'opération de Phelps, par Phocas. (*Rev. d'orthop.*, III, 3.) — Documents pour servir à l'histoire du pied bot, par Longuet. (*Ibid.*) — Opération de Phelps et arthrotomie médio-tarsienne dans le traitement du pied bot varus équin congénital, par Bonnemaison. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Arthrodèse dans le pied bot paralytique, par Natanson. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Tarsectomie pour pied bot, par Reverdin. (6e *Cong. franc. chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 30 avril.) — Pied bot talus valgus ; ostéotomie, par de Larabrie. (*Ibid.*, 26 avril.)

Pigment. — Physiologie des cellules pigmentées, par Ehrmann. (*Arch. f. Dermat.*, XXIV, 4.) — Nouveau cas de pigmentation bronzée de la peau chez un enfant cholérique traité par l'arsenic, par R. Fœrster. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 262, 14 mars.)

Pityriasis. — Sur un nouveau cas de pytiriasis rubra pilaire offrant les localisations de l'ezéma séborréique et la nature probable de cette dermatose, par Hallopeau. (*Soc. de dermat.*, 7 juillet.)

Placenta. — Diagnostic du siège du placenta par la palpation abdominale, par Barker. (*N. York med. Journ.*, 18 juin.) — Placenta prævia et tamponnements, par Vivien. (*Thèse de Paris*, 2 juin.) — Du décollement prématuré du placenta inséré normalement, par Rousseau-Dumarcet. (*Thèse de Paris*, 1er juillet.) — D'un traitement nouveau des hémorragies par insertion vicieuse du placenta, par Jouve. (*Thèse de Paris*, 4 mai.) — Deux cas de myxome fibreux du placenta, par v. Steinbuechel. (*Cent. f. Gynæk.*, 25 juin.)

Plévre. — De l'étiologie de la pleurésie aiguë avec épanchement, par Scars. (*Boston med. Journal*, 25 février.) — Inflammation et microbes. Evolution de la pleurésie, par G. Sée. (*Bull. acad. méd.*, 10 mai.) — Un cas de pleurésie, par Landrieux. (*Union médicale*, 11 février.) — De l'influence cardiaque dans les pneumonies et les pleurésies et de la mort subite dans la pleurésie, par Huchard. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 20 mai.) — Pleurésie séro-fibrineuse accompagnant une pneumonie du sommet droit chez un alcoolique. Mort le 9e jour, par Comby. (*Ibid.*, 1er avril.) — De la pleurésie séro-fibrineuse consécutive à la pneumonie, par Netter. (*Ibid.*, 1er avril.) — Pleurésie métapneumonique séro-fibrineuse, par Troisier. (*Ibid.*, 1er avril.) — La pleurésie interlobaire, par Potain. (*Union médicale*, 28 avril.) — Pleurésie droite avec épanchement, mort rapide 2 jours après une deuxième thoracentèse, aortite subaiguë, rétrécissement extrême de l'orifice de l'artère coronaire gauche, par Letulle. (*Bull. Soc. anat.*, 15 avril.) — Du traitement de la pleurésie, par Rickards. (*Brit. med. J.*, 21 mai.) — De la thoracentèse par siphon, par Decourt. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Traitement de la pleurésie, par Duroziez. (*Union médicale*, 20 mai.) — Des vésicatoires et des émissions sanguines dans la pleurésie et la pneumonie, par Duroziez. (*Union médicale*, 2 juillet.) — Pleurotomie dans la pleurésie tuberculeuse, par Antony. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 mai.) — Traitement d'une pleurésie chronique par le drainage continu, par Baskett. (*Lancet*, 11 juin.) — Recherches cliniques et anatomiques sur les empyèmes étendus, par Helferich. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — Pleurésie diaphragmatique suppurée, abcès sous-phrénique ou abcès du foie, difficultés de diagnostic, par Leblond. (*Arch. de méd.*, août.) — De la pleurésie purulente chez les tuberculeux, par Prat. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — A propos des pleurésies purulentes métapneumoniques, par Catrin. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 mai.) — Un cas d'empyème avec récidive après guérison apparente, par Ayer. (*Boston med. Journal.*, 2 juin.) — Des accidents nerveux consécutifs à la thoracentèse et à l'empyème, par Jeanselme. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Remarques sur la technique de l'empyème et de la ponction exploratrice, par O. Rosenbach. (*Deutsche med. Woch.*, 10, p. 204.) — Du traitement de l'empyème chronique par les opérations thoracoplastiques et en particulier du procédé de Quénu, par Cultru. (*Thèse de Paris*, 16 juin.) — Observations de pleurésies purulentes métapneumoniques, guéries par une simple thoracentèse, par Huchard. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 29 avril.) — Traitement de la pleurésie purulente par le siphon et la succion continue, par Tachard. (6e *Cong. franç. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 23 avril.)

Poil. — De la kératose pilaire, par Brocq. (*Rev. gén. de clin.*, 12, p. 177.)

— Sur un nouveau signe pour reconnaître la décoloration artificielle des poils, par MASSAZZA. (*La Riforma medica,* 2 janvier.) — Epilation électrolytique, par DUBREUILH. (*Soc. franc. de dermat.*, 22 avril.) — Traitement de la calvitie, par PASCHKIS. (*Cent. f. ges. Therap.*, juin.)

Poison. — Les poisons antagonistes et la calorification, par MORAT et DOYON. (*Soc. de biol.*, 9 juillet.)

Poumon. — Recherches expérimentales sur la congestion et la stase pulmonaires, par GROSSMANN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 4.) — Sur la guérison de l'infection pneumonique chez les lapins au moyen du sérum des lapins vaccinés, par ARKHAROW. (*Arch. de méd. exp.*, IV, 4.) — L'emphysème pulmonaire, par P. GRAWITZ. (*Deutsche Med. Woch.*, 10, p. 201.) — De l'emphysème interlobulaire du poumon, par SKERRITT. (*Brit. med. J.*, 14 mai.) — Pourquoi il ne se forme pas de pneumothorax dans les empyèmes ouverts à travers le poumon, et de la valeur diagnostique en pareil cas de l'injection de substances colorantes à travers la plèvre, par CANTALAMESSA. (*Rivista gener. ital. di clin. medica*, 2, p. 26.) — Ossification du poumon, par TRIBOULET. (*Soc. anat.*, 29 avril.) — Des infarctus hémorragiques du poumon, par GRAWITZ. (*Journ. of path. and bact.*, 1.) — Des hémorragies pulmonaires, par KŒNIGER. (*Therap. Monats.*, juin.) — Grégarines dans le poumon d'un enfant mort-né, par A. SEVERI. (*Riforma medica,* 7 avril.) — Etiologie de la pneumonie croupale, par PENNELL. (*Med. News*, 9 juillet.) — De la pneumonie à Boston lors de la récente épidémie d'influenza, par SHATTUCK. (*Boston med. Journal,* 26 mai.) — De la spléno-pneumonie, par QUEYRAT. (*Gaz. des hôp.*, 18 juin.) — Spléno-pneumonie ou maladie de Grancher, par FAISANS. (*Bull. méd.*, 6 juillet.) — Pneumonie ; endocardite infectieuse à pneumocoques ; pleurésie purulente métapneumonique ; mort; autopsie, par BUREAU. (*France méd.*, 12, p. 177.) — Des fausses défervescences dans la pneumonie franche, par COMTE. (*Thèse de Paris,* 16 juin.) — Un cas de pneumonie éphémère, par RIVA-ROCCI. (*Gaz. med. di Torino*, 5.) — Les perruches infectieuses, pneumonie et broncho-pneumonie infectieuse et contagion, par GASTOU. (*Arch. de méd.*, mai.) — Des broncho-pneumonies infectieuses d'origine intestinale, par SEVESTRE. (*Soc. méd. des hôpitaux,* 13 mai.) — Traitement de la pneumonie, par FEDERICI. (*Sperimentale,* 15 mai.) — Le traitement de la pneumonie. (*New York med. record,* p. 385, 2 août.) — Du traitement des pneumonies et des congestions pulmonaires aiguës par les enveloppements humides prolongés, par TURBIAN. (*Thèse de Paris,* 26 juillet.) — Traitement de la pneumonie, par DUPLAIX DE GARAT. (*Bulletin méd.*, 5 juillet.) — Du traitement des pneumonies graves par les injections sous-cutanées de térébenthine, par SPILLMANN. (*Rev. méd. de l'Est,* 15 juillet.) — De l'établissement, à proximité des grandes villes, de Sanitaria pour le traitement des maladies du poumon, par BOWDITCH. (*Boston med., Journal,* 25 février.) — Aspiration dans le pneumothorax, par SUTHERLAND. (*Lancet,* 25 juin.) — Recherches expérimentales sur le pneumothorax par plaie pénétrante de la poitrine, par RODET et POURRAT. (*Arch. de phys.*, IV, 3.) — De la pneumonie traumatique, par MIQUEL. (*Thèse de Paris,* 29 juillet.) — Rupture traumatique du poumon avec parois thoraciques intactes, par UCKMAR, (*Giorn. int. d. sc. med.*, 31 décembre.) — Plaie pénétrante de poitrine; hernie du poumon, guérison, par PÉRADON. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Chirurgie du poumon, pneumotomie, pneumectomie, par RICHEROLLE. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.)

Pression. — Effets de la décompression brusque sur les animaux placés dans l'air comprimé, par PHILIPPON. (*Acad. des sc.*, 18 juillet.)

Prostate. — Sur l'évolution de la prostate chez le chien et chez l'homme, par REGNAULD. (*Journ. de l'anat.*, janvier.) — Hypertrophie énorme de la prostate. Mort par péritonite due à la rupture d'un abcès rétrovésical dû à des fausses routes, par ŒSTREICH. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 314, 18 mars.) — Traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique, par MOULLIN. (*Brit. med. Journ.*, 4 juin.)

Prurigo. — Sur le prurigo d'Hebra, par EHLERS. (*Soc. de Dermat.*, 7 juil.)

Psoriasis. — Traitement du psoriasis, par DUBOIS-HAVENITH. (*La Policlinique, Bruxelles,* 2.)

Psorospermie. — Des psorospermoses, par NEISSER. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 127, 8 février.) — Nouvelles recherches sur les psorospermies cutanées, par TOROK. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XV, 3.) — Des psorospermoses cutanées, par ARNOZAN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 avril.)

Psychologie. — Psychologie et physiologie, par DAURIAC. (*Rev. scientif.*, 18 juin.)

Psychose. — Les hallucinations unilatérales, par TOULOUSE. (*Gaz. des hôp.*, 4 juin.) — Un cas de psychose polynévritique, par DEVIC. (*Province méd.*, 27 février.)

Ptomaïne. — Sur une nouvelle leucomaïne, par GRIFFITHS. (*Acad. des sc.*, 18 juillet.) — Les ptomaïnes et autres alcaloïdes animaux, par FARQUHARSON. (*Bristol.*) — Recherches sur les ptomaïnes dans quelques maladies infectieuses, par GRIFFITHS. (*Acad. des sc.*, 7 juin.)

Puerpéral état. — Recherches histologiques sur l'endométrite puerpérale, par BUMM. (*Ann. de gynéc.*, juin.) — Epidémie de scarlatine puerpérale, par HIRIGOYEN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 juin.) — Cas d'infection puerpérale mortelle, débutant le 18e jour à la suite d'une émotion, par GŒTZ. (*Revue médic., Suisse romande,* XII, 61.) — De la mort subite pendant les couches à la suite de thrombose des sinus cérébraux ainsi qu'à la suite de dégénérescence graisseuse du cœur, par EHRENDORFER. (*Wiener med. Presse,* 8 mai.) — Septicémie puerpérale causée par un furoncle d'une garde-malade, par LECLERC. (*Normandie méd.,* 1er juin.) — Des éruptions scarlatiniformes dans l'état puerpéral, par ARNAUD. (*Marseille médical,* 6, p. 205.) — Aliénation dans l'état puerpéral, par GILMORE. (*Journ. of nerv. dis.*, juin.) — De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites de couches, par LALLIER. (*Thèse de Paris,* 5 mai.) — Prophylaxie des affections puerpérales, par R. FROMMEL. (*Deutsche med. Woch.,* 10, p. 202.)

Purpura. — Purpura expérimental, par CHARRIN. (*Soc. de biol.,* 14 mai.) — Purpura hémorragique suivi de mort, par VIGENAUD. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Du purpura iodique, par LEMOINE. (*Bull. méd. du Nord,* 7, p. 153.) — De l'œdème dans le purpura, par ADAM. (*Thèse de Paris,* 9 juillet.) — Toxicité de l'urine dans le purpura simplex, par KOHOS. (*Lyon méd.*, 10 juillet.)

Quinine. — Sur un cas de psychose quinique, par MARCUSE. (*Thèse de Berlin,* 1891.)

R

Rachis. — Leçons sur le mal de Pott, par Little. (*Lancet*, 23 juillet.) — Etude clinique sur les causes de la torsion dans la scoliose, par Jach. (*Zeit. f. orthop. Chir.*, I, 2.) — Anatomie pathologique de la scoliose par torsion, par Herth. (*Ibid.*) — Des déviations vertébrales névropathiques, par Hallion. (*Thèse de Paris,* 28 juillet.) — Sur le traitement de la scoliose essentielle des adolescents, par Denucé. (*Rev. d'orthop.*, III, 3.) — De quelques symptômes du mal de Pott et de leur traitement, par Casse. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, V, 11, p. 779.) — Fracture de la colonne vertébrale avec section complète de la moelle, par Venot. (*Journ. méd. Bordeaux,* 27 mars.) — Guérison après paraplégie complète, suite de fracture et luxation de la région dorsale du rachis, par Battle. (*Lancet*, 4 juin.) — De l'intervention chirurgicale dans les affections du rachis, par Auffret. (*Arch. de méd. nav.*, mai.) — Contribution au traitement de la carie vertébrale, par L. Heusner. (*Deutsche med. Woch.*, 10, p. 209.) — Des opérations par la voie sacrée étudiées principalement au point de vue anatomique, par Labbé. (*Thèse de Montpellier.*) — Du lit plâtré dans le traitement du mal de Pott, par Richard. (*Thèse de Paris*, 23 juin.) — Contribution à la chirurgie rachidienne du drainage vertébral dans le mal de Pott, par Vincent. (*Rev. de chir.*, avril.)

Rachitisme. — Du rachitisme fœtal, par Schwarzwaller. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIV, 1.) — Rachitisme, paralysie syphilitique, par Chalbely. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 mai.) — Note sur une différence considérable de longueur des deux membres inférieurs chez un jeune homme de 21 ans, sans cause pathologique appréciable. Rachitisme des membres supérieurs; enchondromes multiples des extrémités, par Margery. (*Gaz. hebd. Paris*, 21 mai.) — Du phosphore dans le rachitisme, par Master. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIV, 1.) — Du traitement chirurgical des déformations rachitiques des membres inférieurs, par Motta. (*Zeit. f. orthop. Chir.*, I, 4.)

Rage. — Sur certains caractères des lésions histologiques de la rage, par Babes. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 4.) — Sur le temps de diffusion dans l'organisme du virus rabique, par Bombicci. (*Sperimentale*, XLVI, 2.) — Statistique des personnes mordues par des animaux enragés et traitées d'après la méthode de Pasteur, par Kraiouchkine. (*Arch. des sc. biol. St. Pétersbourg*, I, 1 et 2.) — Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur en 1891, par Pottevin. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 6.) — Inoculations antirabiques de Pasteur, par Hime. (*Lancet*, 14 mai.) — De la prophylaxie de la rage, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. de thér.*, 15 avril.) — Traitement d'un cas de rage confirmée, guérison, par Murri. (*Bull. méd.*, 22 mai.)

Rate. — Incontinence d'urine liée à l'hypertrophie de la rate, par Bobulescu. (*Rev. mal. de l'enf.*, mai.) — De l'introduction de la rate de chien dans le péritoine des lapins, par Héricourt et Richet. (*Arch. de phys.*, IV, 3.) — Sur l'atrophie sénile de la rate, par Pilliet. (*Gaz. hebd. Paris*,

7 mai.) — Extirpation de la rate pour leucémie et pseudoleucémie, par V. BURCKHARDT. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.)

Rectum. — Maladies du rectum et de l'anus, par COOPER et EDWARDS. (In-8°, *Londres.*) — Un cas d'imperforation du rectum, par CONANT. (*Boston med. Journal*, 24 mars.) — 2 cas d'atrésie du rectum opérées, l'une double, par P. WIESMANN. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Ærzte*, p. 73, 1er février.) — Ulcération du rectum due à des varices, par GIBBS. (*N. York med. journ.*, 23 juillet.) — Un cas de prolapsus du rectum traité par la rectopexie postérieure, par C. CALZAVARA. (*Riforma medica*, 9 avril.) — Diagnostic et traitement de la rectocèle vaginale simple, par OZENNE. (*Gaz. des hôp.*, 19 mai.) — Traitement des rétrécissements du rectum, par CREDÉ. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — La méthode sacrée et son application aux cancers et rétrécissements du rectum, par MOSÈS. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Un cas de résection du rectum, par BROWN. (*Lancet*, 4 juin.) — De la colopexie, par JEANNEL. (6e *Cong. franç. Chir.* et *Gaz. des hôpit.*, 30 avril.)

Réflexe. — De la localisation et de la valeur clinique des réflexes abdominaux, par DINKLER. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, III, 4.) — Des réflexes dans les maladies de la hanche, par BRACKETT. (*Boston med. Journal*, 31 mars.)

Rein. — Fonctions du rein chez le fœtus, par RISSMANN. (*Cent. f. Gynæk.*, 2 juillet.) — De la diurèse et de sa production par les agents pharmaceutiques, par DRESER. (*Arch. f. exper. Path.*, XXIX, 5 et 6) — Des anomalies de développement du rein, par TEYSSEDRE. (*Thèse de Paris*, 29 juil.) — État des vaisseaux de la pie-mère dans le mal de Bright, par AULD. (*Lancet*, 7 mai.) — Un cas de néphrite aiguë paroxystique dans l'état puerpéral, par Léon GAUTIER. (*Revue médic. Suisse romande*, XII, 89, févr.) — Néphrite interstitielle consécutive dans un cas à la néphrite aiguë typhoïdique, dans un autre cas à la néphrite aiguë compliquant la pleuropneumonie, par EISENLOHR. (*Deutsche med. Woch.*, 4, p. 82.) — De la localisation de la dégénérescence graisseuse du rein, par RIBBERT. (*Cent. f. allg. Path.*, III, 9.) — Quels sont les rapports de la néphrite chronique avec la tuberculose pulmonaire, par RADCLIFFE. (*Med. News*, 16 avril.) — Étude anatomo-pathologique et clinique sur la tuberculose rénale, par TUFFIER. (*Arch. de méd.*, mai.) — Des lésions tuberculeuses de l'uretère, par FISCHER. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Tuberculose du rein traitée par les injections de tuberculine, guérison, par NASH. (*Lancet*, 30 juillet.) — Intervention chirurgicale dans les tuberculoses du rein, par VIGNERON. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Absence congénitale du rein et de l'uretère droits chez une femme de 62 ans, par NOEL. (*Soc. anat. Paris*, p. 660, 13 mai.) — Calcul du bassinet formé de carbonate de chaux exclusivement et pesant 142 grammes, resté complètement latent chez un ataxique, par MARCHAND. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 59, 18 janvier.) — Dégénérescence kystique des reins, par NOEL. (*Soc. anat. Paris*, 25 mars.) — Calculs des reins, par NOEL. (*Ibid.*) — Hydronéphrose et pseudo-hydronéphrose d'origine traumatique, par MONOD. (6e *Cong. franç. chir.* et *Gaz. des hôpit.*, 26 avril.) — Hydronéphrose, par ALBARRAN. (*Ibid.*, 30 avril.) — Hydronéphrose générale par compression des uretères due à un néoplasme du col utérin, par JOURDRAN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 mai.) — Néphrectomie (transpéritonéale) pour hydronéphrose gauche et pyloroplastique (imprévue — pour rétrécissement ulcéreux) en une séance; guérison, par ROUX. (*Correspondenz Blatt. f. schweiz. Ærzte*,

65, 1er février.) — Un cas de double rein mobile, par Rotch. (*Boston med. Journal,* 26 mai.) — Note sur la stérilité de certaines suppurations rénales, par Tuffier. (*Soc. de biol.*, 11 juin.) — Du traitement manuel du rein flottant d'après Thure-Brandt, par Bachmaier. (*Wiener med. Presse*, 8 mai.) — Un cas de lipome du rein, par Alsberg. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 2.) — Des suppurations rénales consécutives aux affections pleuro-pulmonaires, abcès périnéphrétique à pneumocoques, par Tuffier. (*Soc. de biol.*, 7 mai.) — De l'influence des affections latentes des reins sur les résultats postopératoires, par Pecker. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Leçons sur la chirurgie du rein, par Morris. (*Brit. med. J.*, 30 avril.) — Hydronéphrose traumatique, par Collins. (*Ibid.*) — Contribution à la chirurgie du rein (extirpation), par Schmid. (*Münch. med. Woch.*, 14, p. 231.) — Séméiologie fonctionnelle des lésions chirurgicales des reins, par Tuffier. (*Gaz. hebd. Paris*, 16 avril.) — Quelques cas d'extirpation du rein pour affection chronique, par Pitts. (*St. Thomas's hosp. Rep.*, XX.) — Rupture sous-cutanée du rein gauche, néphrite traumatique, guérison, par Alapy. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juillet.) — Néphrectomie, par Desnos. (6e *Cong. franç. Chir.* et *Gaz. des hôpit.*, 3 mai.) — Etude critique et expérimentale sur la néphrorragie, par Delagenière. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.) — Rétrécissement des uretères par blennorragie, cause d'hydronéphrose, par Nash. (*Brit. med. Journ.*, 7 mai.) — Fistule urétéro-cutanée traumatique, néphrectomie, par Thiriar. (*Mercredi méd.*, 6 avril.) — Traitement des fistules uretérales, par Kammerer. (*N. York med. Journ.*, 2 juillet.) — De la greffe de l'uretère, par Trekaki. (*Gaz. des hôpit.*, 11 juin.) — Le cathéter uretéral, par Kelly. (*Americ. J. of obst.*, juin.) — Anatomie des capsules surrénales, par Rolleston. (*Journ. of anat.*, juil.) — Sur les fonctions des capsules surrénales, par Abelous et Langlois. (*Arch. de phys.*, IV, 3.) — Destruction des capsules surrénales chez le cobaye, par Abelous et Langlois. (*Soc. de biol.*, 7 mai.) — Etude des capsules surrénales, par Martinotti. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 2.) — La fatigue chez les animaux privés des capsules surrénales, par Albanese. (*Ibid.*, XVII, 2.) — Surrénalite nodulaire hyperplasique et adénome de la capsule surrénale, par Letulle. (*Gaz. hebd. Paris*, 25 juin.) — Influence de l'extrait aqueux de capsules surrénales des cobayes presque mourants à la suite de l'ablation de ces organes, par Brown-Séquard. (*Soc. de biol.*, 14 mai.) — Toxicité de l'extrait alcoolique du muscle de grenouilles privées de capsules surrénales, par Abelous et Langlois. (*Ibid.*, 4 juin.) — De l'évolution des tumeurs propres à la capsule surrénale, par Brin. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Des tumeurs des capsules surrénales, par Berdez. (*Arch. de méd. expér.*, IV, 3.)

Résection. — Indications et valeur de la résection dans l'ostéo-arthrite fongueuse de l'articulation des deux premières pièces du sternum, par Yvaert. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 327.) — Résection orthopédique de la hanche pour luxation iliaque ancienne, par Kirmisson. (*Bull. Soc. de chir.*, XVIII, p. 208.) — Résection du genou, par Ollier. (6e *Cong. franç. chir.* et *Gaz. des hôpit.*, 30 avril.) — Résection du genou, par Soulier. (*Dauphiné méd.*, 1er mars.) — Sur quelques procédés de résection du pied, par Obalinsk. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 2.) — Tarsectomie totale, résultat éloigné, par A. Poncet. (*Rev. d'orthop.*, III, 4.) — De l'extirpation de l'astragale, par Bertrand. (*Thèse de Paris*, 4 mai.)

Respiration. — Physiologie de la respiration chez l'homme, par C. Speck. (*Leipzig.*) — Sur l'échange respiratoire, par Bohr et Henriquez. (*Acad. des sc.*, 20 juin.) — Sur un appareil pour l'étude des échanges respira-

toires, par Laulanié. (*Soc. de biol.*, 18 juin.) — Recherches expérimentales et cliniques sur la fréquence et le rythme de la respiration, par Pascal. (*Thèse de Paris*, 18 mai.) — Sur la nature du processus respiratoire chez les animaux peptonisés, par Grandis. (*Arch. ital. de biol.*, XVII, 3.) — De l'influence des maladies sur les échanges gazeux respiratoires et des inhalations d'oxygène, par Kraus et Chvostek. (*Wien. klin. Wochenschr.*, 33.) — Sur les variations corrélatives de l'intensité de la thermogenèse et des échanges respiratoires, par Laulanié. (*Soc. de biol.*, 21 mai.) — Du mécanisme de la respiration chez les chanteurs, par Joal. (*Rev. de laryng.*, 15 avril.) — Moyen de prévenir la respiration buccale pendant le sommeil, par French. (*N. York med. Journ.*, 16 avril.)

Rétine. — Du grossissement de l'image ophtalmoscopique dans l'étude de la pathologie des vaisseaux rétiniens, par Galezowski. (*Soc. de biol.*, 2 juillet.) — Réaction oscillatoire de la rétine sous l'influence des excitations lumineuses, par Charpentier. (*Arch. de phys.*, IV, 3.) — Rétinite pigmentaire traumatique, par R. Pansier. (*Montpellier médical*, 11, p. 205.) — Rétinite albuminurique, par Potain. (*Ann. de méd.*, 29 juin.) — Sur l'embolie de l'artère centrale de la rétine à propos de trois nouvelles observations, par A. Fumagalli. (*Riforma medica*, 13, avril.) — Un cas de guérison spontanée du décollement rétinien, par Marchetti. (*Riforma medica*, 16 janvier.) — Quelques conditions de cure opératoire radicale du décollement rétinien traumatique et myopique récent, par Boucheron. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Guérison spontanée d'une sclérite et d'un décollement de la rétine, par Kamocki. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, janvier.) — Traitement du décollement de la rétine, par Chevallereau. (*Soc. franç. d'opht.*, 2 mai.) — De certaines formes de choroïdite et de leur traitement par les injections sous-conjonctivales de sublimé, par Darier. (*Ibid.*)

Rhumatisme. — Note sur l'épidémiologie du rhumatisme articulaire aigu, par Fiessinger. (*Gaz. méd. Paris*, 2 avril.) — Rhumatisme articulaire aigu généralisé réveillé par le traumatisme de l'accouchement, par Rivière. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er janvier.) — A propos des nodosités de Bouchard, par Le Gendre. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 mars.) — Rhumatisme articulaire avec complications anormales, par G. Lemoine. (*Rev. gén. de clin.*, 20, p. 305.) — Rhumatisme chronique fibreux, par Regimbeau et Vedel. (*Montpellier médical*, 18, p. 348.) — Le rhumatisme articulaire chronique et ses rapports avec le système nerveux, par Ralf Wichmann. (*Berlin.*) — De quelques complications rares de l'arthrite rhumatismale, par Spender. (*Brit. med. J.*, 30 avril.) — Folie rhumatismale survenue à l'occasion d'un rhumatisme à peine esquissé et terminé par la démence. par Choux. (*Arch. de méd. milit.*, juin.) — Deux cas d'œdème rhumatismal essentiel, par Favier. (*Ibid.*) — Le traitement du rhumatisme articulaire aigu dans les hôpitaux de Paris, par Baudouin. (*Semaine méd.*, 11 mai.) — Traitement du rhumatisme chronique, par Loimann. (*Thérap. Monats.*, mai.)

Rougeole. — La rougeole à l'hospice des Enfants assistés, par Gannelon. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Sur l'isolement dans la rougeole, par Evanno. (*Thèse de Paris*, 9 juillet.)

S

Salive. — Pathologie clinique de la salive, par Jawein. (*Wiener med. Presse*, 10 avril.) — Calculs de la glande sous-maxillaire, par Le Dentu. (*Union médicale*, 9 février.) — Calcul du canal de Wharton, par Chatellier. (*Bull. soc. de laryng. de Paris,* avril.) — Sur un cas de pyoadénite calculeuse de la glande sous-maxillaire, par Lemière. (*Journ. sc. méd. Lille*, 17 juin.) — Des tumeurs des glandes salivaires et des tumeurs du cou, par Nasse. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 2.)

Sang. — Examen du sang au moyen de l'appareil centrifuge, par Rosin. (*Cent. f. klin. Med.*, 30 avril.) — Sur la genèse intra-cellulaire des globules rouges dans le mésentère du cobaye, par Re Nicolaides. (*Arch. für Phys.*, 1891, p. 373.) — Origine des corpuscules rouges du sang, par Mix. (*Boston med. J.*, 17 mars.) — Le sang est la vie, par Strachan. (*Edinb. med. J.*, juil.) — Sur la possibilité de distinguer les hématies de l'homme des hématies des autres mammifères, par Grigorescu. (*Soc. de biol.*, 23 avril.) — Les globules blancs comme protecteurs du sang, par Werigo. (*Ann. Inst. Pasteur,* VI, 7.) — Nouvelle méthode d'estimation de la densité du sang, par Hammerschlag. (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 4.) — Des rapports entre le plasma et le sérum, par Wright. (*Journ. of path. and bacter.*, 1.) — Sur la fixité de la fibrine du sang, par Dastre. (*Arch. de phys.*, IV, 3.) — Sur la préparation de la fibrine du sang par le battage, par Dastre. (*Soc. de biol.*, 14 mai.) — Fibrine de battage et fibrine de caillot, par Dastre. (*Ibid.*, 18 juin.) — Sur la formation de l'oxyhémoglobine au moyen de l'hématine et d'une matière albuminoïde, par Bertin Sans et Moitessier. (*Acad. des sc.*, 11 avril.) — Sur la destruction du sucre dans le sang, par J. Seegen. (*Centralbl. f. Physiologie*, V. p. 821 et 869, mars.) — Sur la glycolyse du sang contenue dans une veine fermée à ses deux bouts, par Lépine et Barral. (*Lyon méd.*, 29 mai.) — Le ferment glycolytique du sang et la pathogénie du diabète sucré, par L. Sansoni. (*La Riforma medica*, 18 janvier.) — La valeur respiratoire de l'hémocyanine, par Cuénot. (*Acad. des sc.*, 11 juillet.) — Manomètre métallique servant à la mesure de la pression du sang, par Gréhant. (*Soc. de biol.*, 9 avril.) — Manomètre pour la pression sanguine, par Starling et Bayliss. (*Guy's hosp. Rep.,* XLVIII.) — Les travaux récents sur la coagulation du sang, par Grutzner. (*Deutsche med. Woch.*, n° 1, p. 14.) — La question de la coagulation du sang, par Griesbach. (*Cent. f. d. med. Wiss.,* 2 juil.) — L'action germicide, globulicide et antitoxique du sérum sanguin, par Buchner. (*Münch. med. Woch.*, 8, p. 119.) — Esquisse d'une pathologie clinique du sang, par R. R. von Limbeck. (*Iéna.*) — De la condition du sang dans certains états mentaux, par Webber. (*Boston med. Journ.*, 24 mars.) — Sur les corps flagellés et les flagella du sang, par Treille. (*Soc. de biol.*, 11 juin.) — Sur l'hématothérapie, par G. Bertin. (*Rev. gén. de clin.*, 16, p. 228.)

Saturnisme. — Élimination du plomb et du fer par la peau dans le saturnisme aigu, par Oddo et Silbert. (*Rev. de méd.*, avril.) — Empoisonnement saturnin des lésions de la moelle et des nerfs périphériques, par Fisher. (*Americ. J. of med. sc.*, juillet.) — Recherches expérimentales

sur l'empoisonnement saturnin et sur les troubles du système nerveux, par Stieglitz. (*Arch. f. Psych.*, XXIV, 1.) — Néphrite saturnine, par Lancereaux. (*Semaine méd.*, 20 juin.)

Scarlatine. — Sur une espèce particulière de streptocoque retiré du sang d'un homme atteint de scarlatine, par d'Espine et de Marignac. (*Arch. de méd. exp.*, IV, 4.) — Sur quelques cas anormaux de scarlatine, par Barss. (*Boston med. journal*, 23 juin.) — Sur les fausses rechutes, les rechutes et les récidives de la scarlatine, par Janselme. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — De l'hyperthermie secondaire de la scarlatine sans complications locales, par Bouveret. (*Rev. de méd.*, avril.) — Scarlatine, mort rapide avec symptômes gastro-intestinaux aigus, par N. Nason et S. Nason. (*Brit. med. journ.*, 30 avril.) — Complications articulaires de la scarlatine, par Chevalet. (*Thèse de Paris*, 9 juin.) — Le traitement journalier de la scarlatine en 1892, par Gillet. (*Rev. gén. de clin.*, 19, p. 298.)

Sclérodermie. — Lésions de la moelle dans la sclérodermie, par Jacquet et de Saint-Germain. (*Soc. franç. de dermat.*, 22 avril.)

Sensibilité. — De l'akinésie algère, par Mœbius. — *Idem*, par Lorigard. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, II, 5 et 6.) — Sur la différenciation des organes de la sensibilité thermique de ceux du sens de pression, par Cavazzani. (*Arch. ital. de biol.*, XVII., 3.)

Septicémie. — Un cas de septicémie hémorragique de l'épidémie dite des perruches, par Lepetit. (*Bull. soc. anat. Paris*, avril, p. 270.) — Sur quelques cas de septicémie simulant le typhus abdominal, par Bruschettini. (*La Riforma medica*, 11 février.) — Un cas de staphylococcémie primitive, bons effets des injections intra-veineuses de quinine, par Stenico. (*Sperimentale,* 15 juin.)

Serpent. — Morsures de serpents, par Banerju. (*Lancet*, 28 mai.) — Morsure de vipère; guérison, par Porge. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 mai.) — Chlorure d'or contre le venin du cobra, par Kanthack. (*Lancet*, 11 juin.)

Sommeil. — Pourquoi devons-nous dormir? Nouvelle théorie du sommeil, par Emanuel Rosenbaum. (*Berlin.*) — Traitement de l'insomnie, par Collins. (*Journ. of nerv. dis.*, juillet.)

Spina bifida. — Spina bifida de la région sacrée chez un nouveau-né, excision quatre heures après la naissance, guérison, par Walther. (*Bull. soc. de chir.*, XVIII, p. 211.)

Sueur. — Quelques observations sur la réaction et la composition de la sueur chez l'homme à l'état de santé et de maladie, par Guizzetti. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXI, 1.) — La réaction de la sueur à l'état de santé, par Heuss. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIV, 9.)

Surdi-mutité. — Examen anatomique dans un cas de surdi-mutité après la scarlatine, par Uchermann. (*Zeit. f. Ohr.*, XXIII, 1.) — Surdi-mutité acquise, par Miller. (*Lancet*, 4 juin.)

Syphilis. — Leçon d'ouverture du cours de dermo-syphiligraphie de Bologne, par Maiocchi. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVII, 1.) — Syphilis précolombienne, par Ashmead. (*J. americ. med. assoc.*, 16 avril.) — La diffusion de la syphilis à Berlin, par Blaschko. (*Berlin.*) — Feuilles pour observa-

tions de syphilitiques, par Blaschko. (*Berlin. k. Woch.*, p. 176, 22 février.) — Sur la contamination des nourrices par des enfants atteints de syphilis, par Marjolin. (*Bull. acad. méd.*, 14 juin.) — Cas multiples de syphilis transmis par une sage-femme infectée elle-même en tétant les seins d'une accouchée. (*Hyg. Rundsch.*, II, 216.) — De la transmission héréditaire de la syphilis, par Neumann. (*Arch. f. Dermat.*, XXIV, 4.) — Un cas de réinfection syphilitique, par Pauly. (*Ann. de derm.*, III, 6.) — Syphilis héréditaire tardive, par Lop. (*Marseille médical*, 4, p. 134.) — Un cas de syphilis maligne précoce, par Brousse. (*Montpellier méd.*, 6, p. 105.) — Du chancre syphilitique érosif phagédénique, par Puyo Medina. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Cas rare de syphilis héréditaire, par Shoemaker. (*Journ. of cutan. dis.*, juin.) — Sur un cas de syphilis héréditaire tardive bulbo-médullaire, par Gilles de la Tourette. (*Soc. de dermat.*, 7 juillet.) — Un cas de syphilis cérébrale, par Cnopf. (*Münch. med. Woch.*, 11, p. 180.) — Troubles trophiques des membres inférieurs, consécutifs chez une femme de 22 ans, à une syphilis génitale contractée à l'âge de 3 ans, par Saalfeld. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 117, 22 février.) — Anémie spinale due à la syphilis, par Horwitz. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — Le tabes dorsal est-il d'origine syphilitique, par Plichon. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Rapports de la syphilis et du diabète, par Fisher. (*Journ. of nerv. dis.*, juillet.) — Artérite syphilitique, accidents cérébraux rapidement mortels, par Laveran. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 1er juillet.) — Des angines syphilitiques tertiaires, par Gouguenheim. (*Union médicale*, 3 mai.) — Diagnostic des syphilides de la langue, par du Castel. (*Union médicale*, 11 février.) — Syphilide pigmentaire du sein, par Aubert. (*Lyon méd.*, 5 juin.) — Sur une variété de gommes tardives à marche lente, par Jullien. (*Soc. franç. de dermat.*, 21 avril.) — Gommes symétriques des régions épitrochléennes, par Hallopeau. (*Soc. de dermat.*, 7 juillet.) — Rétrécissement syphilitique du rectum, par Venot. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 juin.) — Syphilide gommeuse de la verge, par Mazza. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXVII, 1.) — Règles de conduite à l'usage des syphilitiques, par Lassar. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 329, 8 février.) — Sur l'excision du chancre induré, par Horowitz. (*Wiener med. Presse*, p. 329.) — De l'influence du traitement des mères syphilitiques, surtout pendant la grossesse, sur la santé des nouveau-nés, par Étienne. (*Ann. de gynéc.*, avril.) — Sur le traitement constitutionnel de la syphilis, par Frémicourt. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — L'europhène en injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis, par Gaudin. (*Journ. des mal. cutan.*, janv.) — Le tannate de mercure dans la syphilis, par Ch. Allen. (*New York med. Record.*, 2 janv.) — Les injections mercurielles dans le traitement de la syphilis, par Raymond. (*Gaz. des hôp.*, 9 juillet.) — Traitement de la syphilis par les injections de succinimide mercurique, par Arnaud. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.)

T

Teigne. — Tricophytie disséminée des régions glabres et du cuir chevelu à l'âge adulte, par Tenneson et Berdal. (*Soc. franç. de dermat.*, 9 juin.) — De la folliculite conglomérée tricophytique, par Duperet-Muret. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Tricophytie des pieds greffée sur un eczéma, par Djelaleddin-Moukhtar. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 mai.) — Présence constante de cheveux cassés dans la pelade ; sa non-contagiosité, par

A. Blaschko. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 71, 25 janvier.) — De la tricophytie tonsurante, par Audrain. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.) — Recherches sur l'histologie pathologique de la pelade, par S. Giovannini. (*Giorn. Acad. di med. di Torino*, p. 65, janvier.) — Sycosis parasitaire localisé à marche aiguë, par Saalfeld. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 259, 14 mars.) — De la trichorrhexis dans la pelade, par Blaschko, Rosenthal, Lewin, Kœbner. (*Ibid.*, p. 258, 14 mars.) — Pelade décalvante et vitiligo, par Feulard. (*Soc. de dermat.*, 7 juillet.) — Méthode de traitement de l'alopécie et de l'alopécie areata, par Ohmann-Dumesnil. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XV, 2.) — Sur le traitement de la pelade, par Raymond. (*Ann. de dermat.*, III, 7.) — Du favus épidermique circiné, par Dubreuilh et Sabrazès. (*Soc. franç. de dermat.*, 22 août.) — 1° Sur le champignon du favus, par V. Dubreuilh et Sabrazès. 2° Recherches cliniques et mycologiques sur le favus, par V. Mibelli. 3° Recherches expérimentales sur l'achorion Schœnleinii et sur le Trichophyton tonsurans, par A. Marianelli. (*XVI[e] Congrès de l'Assoc. méd. italienne*, *Sienne*, 16-20 août.)

Température. — Faits pouvant servir à l'étude de la régulation de la température, par Laulanié. (*Soc. de biol.*, 9 avril.) — De la thermopalpation et de son emploi dans la pratique, par M. Fritz. (*Deutsche med. Woch.*, 3, p. 49.)

Tendon. — Sur le tendon du quadriceps fémoral, par J. Mouret. (*Montpellier médical*, 14, p. 272.) — Tuberculose de la synoviale tendineuse, par Evans. (*Americ. j. of med. sc.*, juillet.) — Ténorraphie après rupture sous-cutanée d'un tendon fléchisseur des doigts, par P. Wiesmann. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 73, 1[er] février.)

Ténia. — Sur les ténias, par Stiles. (*Soc. de biol.*, 16 juillet.) — Sur les ténias et les cysticercoses, par Colin. (*Bull. Acad. méd.*, 22 mars.) — De la présence du bothriocéphale large en Suède, par Lönnberg. (*Centralbl. f. Bakt.*, XI, p. 185.)

Testicule. — Les spermatogonies chez la salamandre d'hiver, par Nicolas. (*Soc. de biol.*, 25 juin.) — Sur la signification de la cellule accessoire du testicule et sur la comparaison morphologique des éléments du testicule et de l'ovaire, par Prenant. (*Journ. de l'anat.*, mai.) — Les sphères attractives et le fuseau achromatique dans le testicule adulte, dans la glande génitale et le rein embryonnaires de la salamandre, par Nicolas. (*Soc. de biol.*, 28 mai.) — Développement des glandes génitales et histogénèse des spermatozoïdes, par C. Benda. (*Verh. d. Berliner physiol. Gesell. Archiv für Physiologie*, p. 549.) — Action physiologique de la spermine, interprétation de ses effets sur l'organisme, par Poehl. (*Acad. des sc.*, 11 juillet.) Effets physiologiques d'un liquide extrait des glandes sexuelles et surtout des testicules, par Brown-Séquard. (*Ibid.*, 30 mai.) — Effets produits sur de nombreux états morbides par des injections sous-cutanées d'un extrait liquide retiré des testicules, par Brown-Séquard. (*Ibid.*, 7 juin.) — Sur l'influence du liquide testiculaire dans plusieurs cas nouveaux d'ataxie locomotrice et dans un cas de paraplégie de cause organique, par Brown-Séquard. (*Soc. de biol.*, 18 juin.) — *Idem*, par d'Arsonval. (*Ibid.*) — Influence dynamogénique du liquide testiculaire chez des animaux que l'on va faire mourir par hémorragie, par Brown-Séquard. (*Ibid.*, 2 juillet.) — Des douleurs et des congestions causées par les injections de liquide testiculaire et d'un moyen simple de ne pas les produire, par Brown-Séquard et d'Arsonval. (*Arch. de phys.*, IV, 3.) — Trois cas d'augmentation de la

vitesse de transmission des impressions sensitives sous l'influence d'injections du liquide testiculaire, par Grigorescu. (*Acad. des Sc.*, 13 juin.) — Accélération de la vitesse des transmissions sensitives chez un ataxique traité par les injections de liquide testiculaire de cobaye, par Grigorescu. (*Soc. de biol.*, 18 juin.) — Obs. d'ataxie locomotrice traitée au moyen du suc testiculaire, par Depoux. (*Soc. de biol.*, 11 juin.) — Influence curative du liquide testiculaire dans l'ataxie, par Brown-Séquard. (*Ibid.*) — Le traitement de l'hydrocèle simple dans les hôpitaux de Paris, par Baudouin. (*Semaine méd.*, 23 avril.) — Gangrène du testicule, par Bevan. (*Med. News*, 30 avril.) — Torsion du cordon et gangrène du testicule, par Page. (*Lancet*, 30 juillet.) — Des adhérences de la vaginale testiculaire, cause, fréquence, anatomie pathologique, clinique, conséquences aux points de vue de la stérilité et de l'hydrocèle, par Regnault. (*Gaz. des hôp.*, 30 juillet.) — Persistance du conduit vagino-péritonéal, hernie inguinale congénitale, hématocèle enkystée du cordon spermatique, hydrocèle de la tunique vaginale, par Gervais de Rouville. (*Soc. anat. Paris*, p. 357, mai.) — Épiplocèle adhérente au testicule simulant la tuberculose de l'épididyme, par Legueu. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juillet.) — Kyste spermatique. Hydrocèle enkystée du cordon. Kyste spermatique présentant tous les caractères d'une hématocèle vaginale, par Pépin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 avril.) — Du cancer du scrotum chez les ramoneurs et autres, par Butlin. (*Brit. med. journ.*, 25 juin.) — Castration hâtive pour le lymphadénome du testicule, par Terrillon. (*Bullet. Soc. de chirurgie*, XVII, p. 55.) — Castration hâtive pour la tuberculose du testicule, par Terrillon. (*Ibid.*, p. 58.)

Tétanie. — La tétanie gastrique, par Biscaldi. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXI, 1.) — De la tétanie essentielle, par Dufour. (*Thèse de Paris*, 22 juin.)

Tétanos. — Du tétanos bulbaire, étude spéciale de la paralysie faciale, par Janin. (*Thèse de Paris*, 30 juin.) — Sur l'élimination du poison tétanique par la sécrétion rénale, par A. Bruschettini. (*Riforma medica*, 11 avril.) — Du tétanos puerpéral, par Rollin. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Sur un cas de tétanos à évolution subaiguë suivi de guérison, par Simon et Prautois. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mai.) — Deux cas de tétanos traités par des injections de sang antitoxique, par Rénon. (*Ann. Inst. Pasteur*, VI, 4.) — Troisième cas de tétanos traumatique guéri par l'antitoxine du tétanos, par E. Pacini. (*Riforma medica*, 7 janvier.) — Un cas de tétanos par blessure du pouce gauche et infection par une toile d'araignée, traitement par la méthode de Baccelli, guérison, par C. Caliari. (*Ibid.*, 3 février.) — Sixième cas de tétanos traumatique traité par l'antitoxine de Tizzoni-Cattani, par G. Taruffi. (*Ibid.*, 21 avril.) — Tétanos traité par les bains froids, par Rivière. (*Lyon méd.*, 31 juillet.)

Thérapeutique. — Les progrès de la thérapeutique en 1891, par Arnold Pollatschek. 3e année. (*Wiesbaden.*) — Traité de thérapeutique, par Théodore Husemann. (*Berlin.*) — De l'art de formuler, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. de thér.*, 15 mai et 15 juillet.) — Formulaire des nouveaux remèdes, par Bardet, 6e édit. (In-8°, *Paris.*) — Sur la médication révulsive, par Eloy. (*Rev. gén. de clin.*, 16, p. 241.) — Voyages sur l'océan comme hygiène et thérapeutique, par Shoemaker. (*Lancet*, 23 juillet.) — Sur l'action thérapeutique du dermatol, par Colasanti et Dutto. (*Bull. Accad. med. di Roma*, XVII, 7.) — Du gallate basique de bismuth (dermatol) dans quelques cas de maladies vénériennes et cutanées, par R. Bovero.

(*Riforma medica*, 20 avril.) — Sur l'aseptol et ses propriétés thérapeutiques, par Bompart. (*Thèse de Paris*, 23 juin.) — Recherches bactériologiques sur les effets antiseptiques de l'ichthyol, par Latteux. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XIV, 10.) — Les couleurs d'aniline et leur emploi, par Stilling. (*Deutsche med. Woch.*, 10, p. 205.) — Du bleu de méthylène dans l'impaludisme et dans la blennorragie, par Boinet et Trintignan. (*Bull. méd.*, 5 juin.) — Sur l'action thérapeutique du phénocolle hydrochlorique, par Bum. (*Wiener med. Presse*, 15 mai.) — Notes sur l'exalgine, par Gordon. (*Lancet*, 28 mai.) — Emploi de l'exalgine dans le goitre exophtalmique, doses toxiques, par Churton. (*Ibid.*) — L'emploi du sulfonal, par Burnett. (*N. York med. journ.*, 9 avril.) — De la méthode rationnelle de l'administration de l'huile de foie de morue, par Hansen. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Intolérance pour l'iodure de potassium, par Bringier. (*Med. News*, 16 juillet.) — Action thérapeutique des nitrates de potassium, de sodium; nitrite d'amyle, nitro-glycérine, par Newton. (*Boston med. Journal*, 14 avril.) — La valeur thérapeutique pratique des composés antimoniaux, par Harnack. (*Münch. med. Woch.*, 11, p. 179.) — L'embellate d'ammonium comme antihelminthique, comparaison avec les autres agents, par Coronedi. (*Sperimentale*, XLVI, 2.) — Sels de strontiane, étude physiologique et thérapeutique, par Malbec. (*Thèse de Paris*, 2 juin.) — Étude physiologique et thérapeutique des rhammées, cascara sagrada, cascarine, par Laffont. (Broch. *Paris.*) — Le cactus grandiflorus et ses applications thérapeutiques, par Belfiore. (*Riv. clin. e terap.*, 2.) — La mercurialisation des hydropiques, par Eloy. (*Rev. gén. de clin.*, 13, p. 194.)

horax. — Le thorax des chanteurs, par English. (*New York med. record*, p. 261, 5 mars.) — Deux cas de plaie de poitrine par armes à feu, par Nightingale. (*Edinb. med. journ.*, août.) — Kyste du canal thoracique, par T. Carbone. (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino*, p. 136, février.) — Symphise thoraco-brachiale et anti-brachiale, par Defontaine. (*Arch. prov. de chir.*, I, 2.)

Thrombose. — Trombose des artères pulmonaires, par Church. (*Edinb. med. journ.*, juillet.) — Étiologie et traitement des thromboses veineuses, par Putzar. (*Deutsche med. Zeit.*, 14 mars.) — Thrombose cardiaque, par J. Kennedy. (*New York med. record*, p. 404, 9 avril.) — Thrombose mortelle de l'artère cérébrale moyenne gauche, par Balloch. (*Med. News*, 2 juillet.)

Thymus. — De l'hyperplasie du thymus, par Pott. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIV, 1.)

Thyroïde. — De la bourse séreuse préthyroïdienne et de son hygroma, par Vandaele. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Les fonctions du corps thyroïde, par Canizzaro. (*Deutsche med. Woch.*, 9, p. 184.) — Théorie infectieuse du goitre, par Rivière et Jaboulay. (*Lyon méd.*, 12 juin.) — Action du bromure de potassium sur les chiens thyroïdectomisés, par Gley. (*Soc. de biol.*, 9 avril.) — Des troubles tardifs consécutifs à la thyroïdectomie chez le lapin, par Gley. (*Ibid.*, 16 juillet.) — Kyste thyroïdien, par Nové-Josserand. (*Lyon méd.*, 1er mai.) — Goitre colloïde; thyroïdectomie partielle, par Faguet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 juin.) — Trois observations de kyste sanguin de la glande thyroïde enlevé par énucléation, par Lauwers. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, VI, 1, p. 107.) — Thyroïdectomie totale pour goitre sarcomateux, par G. Balsamo. (*Riforma medica*, 8 janvier.) —

Cachexie strumiprive; myxœdème opératoire, par Neudörfer. (*Wiener med. Presse*, p. 289, février.) — Cachexie strumiprive avec paralysie complète de la corde vocale droite et parésie de la corde vocale gauche consécutivement à l'ablation du corps thyroïde, par Natier. (*Rev. de laryng.*, 15 juin.) — Un cas d'hémi-thyroïdectomie, par J. Wolff. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 77, 25 janvier.) — Extirpation de la moitié d'un goitre; disparition spontanée de l'autre moitié grosse comme le poing, par R. Koehler. (*Ibid.*, p. 316, 28 mars.) — Ablation d'un goitre volumineux avec abandon d'un lobe accessoire gros comme une amande. Convalescence retardée par une anémie extrême. Amélioration coïncidant avec le développement du lobe abandonné, par Lindner. (*Ibid.*) — Ablation d'un goitre kystique pesant 9 livres, par P. Wiesmann. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 72, 1er février.) — Le goitre exophtalmique chirurgical, par Leflaive. (*Bull. méd.*, 1er juin.) — Du goitre exophtalmique, par Peter. (*France méd.*, 14, p. 209.) — Troubles psychiques dans le goitre exophtalmique, par Boeteau. (*Thèse de Paris*, 19 mai.) — Ophtalmoplégie avec maladie de Graves, par Maude. (*Brain*, 57.) — Traitement du goitre exophtalmique, par Joffroy. (*Union médicale*, 12 mai.)

Torticolis. — Étiologie et traitement du torticolis congénital, par de Wildt. (*Nederl. tijd. v. Geneesk.*, 9.) — Torticolis congénital, ténotomie à ciel ouvert des deux faisceaux du sterno-cléido-mastoïdien, guérison, par Schwartz. (*Rev. d'orthop.*, III, 4.) — Torticolis musculaire, ténotomie à ciel ouvert, par Maunoury. (*Ibid.*) — Torticolis spasmodique traité par l'extirpation du bout central du spinal, par Gould. (*Lancet*, 18 juin.) — *Idem*, par Owen. (*Ibid.*) — *Idem*, par Major et Appleyard. (*Ibid.*) — Un cas de torticolis dû à un hématome du sterno-mastoïdien, par Lovett. (*Boston med. Journal*, 31 mars.)

Trachée. — Abcès de la trachée, par Hicguet. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet, p. 510.) — Un cas de sténose de la trachée, causé par une section transversale de la trachée, par R. Wagner. (*Münch. med. Woch.*, 10, p. 161.) — De la fistule congénitale médiane du cou ou de la trachée, par Strübing. (*Deutsche med. Woch.*, 9, p. 185.) — Nouveau manuel opératoire de la trachéotomie, perforateur à pointe dissimulée permettant de pratiquer l'opération sans dilatateur et sans conducteur, par Glover. (*Ann. mal. de l'or.*, mai.) — Technique de la trachéotomie, par Péan. (*Bull. Acad. méd.*, 21 juin.) — Un tube simple et économique pour la trachéotomie, tube à drainage, par Hastings. (*Brit. med. j.*, 30 avril.)

Transfusion. — Cinq cas de transfusion saline pour hémorragie et collapsus, par Pye Smith. (*Lancet*, 23 avril.) — L'emploi de l'extrait de sangsues dans la transfusion du sang, par Landois. (*Deutsche med. Woch.*, 3, p. 59.)

Tremblement. — Existe-t-il un tremblement mercuriel, par Charcot. (*Mercredi méd.*, 22 juin.) — Sur le tremblement, par de Renzi. (*Riv. clin. e terapeutica*, 1, p. 1.) — Sulfate de spartéine contre les tremblements, par Potts. (*Therap. Gaz.*, 15 juin.)

Tuberculose. — De l'hérédité et de la contagion dans la tuberculose, par Lallement. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — L'élément contagieux dans la tuberculose, par Prudden. (*N. York med. journ.*, 16 avril.) — La contagion de la tuberculose, la situation aux Etats-Unis, la prophylaxie. (*New York med. record*, p. 218, 20 février.) — Contagion de la tuberculose par les locaux. Une épidémie familiale de phtisie, par Pagliano. (*Marseille médical*, 7, p. 226.) — Mille cas de phtisie avec remarques sur l'étiologie

et la thérapeutique, par Philip. (*Edinb. med. journ.*, mai.) — Sur la transmissibilité de la tuberculose par la punaise des lits, par Dewèvre. (*Rev. de méd.*, avril.) — De la localisation de la phtisie au sommet du poumon, par Campbell. (*Guys's hosp. Rep.*, XLVIII.) — Étiologie de la tuberculose, par Baret. (*Thèse de Montpellier.*) — Vers de terre et tuberculose, par Lortet et Despeignes. (*Acad. des Sc.*, 4 juillet.) — La tuberculose chez le chien et le chat, par Jenser. (*Deutsche Zeitschr. f. Thiermed.*, XVIII, et *Hyg. Rundsch.*, II, 39.) — Propriétés biologiques du bacille tuberculeux importantes au point de vue prophylactique, par O. Roth. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 janvier.) — Présence de bacilles tuberculeux dans le sperme, par P. Foa. (*Giornale Accad. di medic. di Torino*, p. 167, février.) — Les effets des bacilles de Koch morts sur les cellules vivantes, par Mitchell. (*New York med. record*, p. 247, 27 février.) — La vaccination tuberculeuse chez le chien, par Héricourt et Richet. (*Acad. des Sc.*, 7 juin.) — Immunisation contre la tuberculose par les injections sous-cutanées de liquide testiculaire, par Nourry et Michel. (*Soc. de biol.*, 11 juin.) — Action exercée par l'émulsion testiculaire sur l'évolution de la tuberculose, par Ouspensky.(*Ibid.*, 11 juin.) — Étude clinique de l'infection tuberculeuse, par Billet. (*Arch. de méd.*, août.) — De la réinfection dans la phtisie, par Ransome. (*Brit. med. j.*, 23 juillet.) — L'autoinfection tuberculeuse, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 28 juin.) — Des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, par E. Maragliano. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 268, 21 mars.) — De la phtisie fibroïde, par Clark. (*Lancet*, 2 juillet.) — La phtisie pulmonaire et ses rapports avec l'aliénation et les autres névroses, par Mays. (*Med. News,* 16 juillet.) — De la fièvre tuberculeuse infectieuse aiguë, typho-bacillose, par Pistre. (*Thèse de Montpellier.*) — La phtisie aiguë, par Chéron. (*Union médicale*, 16 juin.) — Perforation de l'intestin dans la phtisie, par Fenwick et Dodwell. (*Lancet*, 16 juillet.) — De la tuberculose génitale, par Horteloup. (*Gaz. méd. Paris*, 18 juin.) — Tuberculose glandulaire, son traitement chirurgical, par Neve. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — Tuberculose ganglionnaire et tendineuse, par Évans. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — Sur un cas de déformation tuberculeuse du doigt, par Hallopeau et Barrié. (*Soc. franç. de dermat.*, 9 juin.) — Tuberculoses cutanées accidentelles, par Du Castel. (*Rév. gén. de Clin.*, 18, p. 273.) — De la tuberculine, par Steffen. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIV, 1.) — Sur le mécanisme d'action et la valeur thérapeutique de la tuberculine, par Centanni. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXI, 1.) — Des propriétés de la tuberculine provenant de bacilles tuberculeux cultivés sur la pomme de terre, par Helman. (*Arch. des sc. biol. St. Pétersbourg*, I, 1 et 2.) — La tuberculine, sa préparation, ses effets sur l'organisme des animaux atteints de la tuberculose, par Bujwid. (*Ibid.*) — Recherches faites avec la tuberculine de Koch, chez les bœufs, dans un but diagnostique, par Eber. (*Centralbl. f. Bakt.*, XI, p. 283.) — Présence d'un principe vaccinant contre la tuberculose dans le sang d'animaux, traités antérieurement par la méthode de Koch, par Tizzoni et Centanni. (*Ibid.*, XI, p. 82.) — Les essais faits avec la tuberculine de Koch dans les maladies des enfants, par T. Guida. (*Riforma medica*, 19 février.) — Traitement de la tuberculose par la tuberculine (avec usage simultané de créosote ou de gaiacol), par Patschkowski. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 117, 8 février.) — L'effet du remède de Koch sur la tuberculose des viscères, par L. Berthenson. (*Deutsche med. Woch.*, 3, p. 53.) — L'effet de la tuberculine sur la tuberculose expérimentale de l'iris chez le lapin, par Sattler. (*Ibid.*, 1, p. 15.) — Traitement de la tuberculose par le remède de Koch. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 18, 4 janvier.) — Contribution à l'étude de

l'action de la tuberculine chez les phtisiques, par Angelo Petrone. (*Archivio ital. di Clin. medica*, 5, p. 551.) — Traitement de la phtisie, par Rœmpler. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 318, 28 mars.) — Prophylaxie et traitement de la tuberculose, par Kinnicutt. (*New York med. journ.*, 21 mai.) — Le choix des stations climatériques pour les tuberculeux, par von Ruck. (*N. York med. journ.*, 16 avril.) — Immunité pour la phtisie, résultat de l'altitude au Colorado, par Gardiner. (*Americ. j. of med. sc.*, juillet.) — L'hospitalisation des phtisiques, par Letulle. (*Semaine méd.*, 4 mai.) — Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections de sérum du sang de chien (résultats peu satisfaisants), par G. Mussini. (*Riforma medica*, 21 janvier.) — Injections parenchymateuses de pyoctanine dans la tuberculose pulmonaire, par G. Petterutti et G. Mirto. (*Ibid.*, 30 janvier.) — De l'emploi du bleu de méthylène dans les processus tuberculeux, par Althen. (*Münch. med. Woch.*, 1.) — Valeur des inhalations chlorées et des injections d'iodure et de chlorure d'or dans la tuberculose pulmonaire, par Gibbes. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — Inhalations d'air extérieur lavé, chauffé et surchargé de vapeurs médicamenteuses dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par Leprévost. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 février.) — Du traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections hypodermiques de gaiacol iodoformé, par Coulanges. (*Thèse de Montpellier.*) — Du chloroforme et de ses applications aux maladies épidémiques et contagieuses, et en particulier à la tuberculose, par Desprez. (*Union médicale*, 18 juin.) — Les méthodes de Traujen, de Liebreich, de Picot-Pignol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par P. Oliva. (*Riforma medica*, 26 janvier.) — La créosote par la voie intestinale, étude du traitement de la tuberculose, par Sarles. (*Thèse de Montpellier.*) — Traitement des tuberculoses chirurgicales, par Cheyne. (*Brit. med. j.*, 18 juin.)

Tumeur. — Quelques cas intéressants de tumeurs, par Prochnor. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXIII, 4.) — Macrodactylie et quelques autres formes d'excroissances congénitales, leurs rapports avec les tumeurs, par Humphry. (*Journ. of anat.*, juillet.)

Typhoïde (Fièvre). — L'épidémie typhoïdique d'Avesnes en 1891, par L.-K. Thoinot. (*Ann. d'hyg. publ.*, XVII, 144, février.) — Epidémie de fièvre typhoïde aux bains de Rheinfelden, par H. Keller. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1er janvier.) — Epidémie de fièvre typhoïde par consommation de lait cru, par von Mering. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 18, 4 janvier.) — Un cas de fièvre typhoïde par le lait, par Lenhartz. (*Ibid.*, p. 19.) — Quelques points de l'étiologie de la fièvre typhoïde, par Cameron. (*Brit. med. j.*, 11 juin.) — Contribution à l'étiologie de la fièvre typhoïde, par Trinkgeld. (*Münch. med. Woch.*, 11, p. 186.) — De la contagion de la fièvre typhoïde, par Parisot. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mai.) — De la contagion de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux, par G. Lemoine. (3 par chaises percées, 1 chez un infirmier.) (*Rev. d'hyg.*, XIV, 22, janvier.) — Influence de la consommation d'eau non filtrée sur la propagation de la fièvre typhoïde à Budapesth, par Jone Körösi. (*Deutsche Viertelj. f. oeff. Gesundhp.*, XXIV, 157.) — Note sur 676 cas de fièvre typhoïde admis au « Boston City Hospital » en 1890 et 1891, par Mason. (*Boston med. Journ.*, 7 avril.) — Biologie du bacille typhique, par Blachstein. (*Arch. des sc. biol. St. Pétersbourg*, I, 1 et 2.) — Du microbe pathogène du typhus, par Levachow. (*Vratch*, 23 avril.) — De la recherche du bacille de la fièvre typhoïde dans les selles, expérimentation de quelques procédés, par Mills.

(*Journ. de méd. Bruxelles*, p. 691. 1891.) — Récidives et réitérations de la fièvre typhoïde, par POTAIN. (*Bull. méd.*, 13 juillet.) — De la fièvre typhoïde prolongée, par CALLET. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Sur l'étiologie de quelques complications de la fièvre typhoïde, par P. ACCORIMBONI. (*Riforma medica*, 25 janvier.) — Emphysème sous-cutané dans le cours d'une fièvre typhoïde, par M. BELLI et S. REBAUDI. (*Riforma medica*, 8 février.) — Fièvre typhoïde ou phtisie aiguë, par J. SOLTAS. (*La médecine moderne*, 3 mars.) — De la fièvre typhoïde apyrétique, par GERHARDT. (*Charité Annal.*, p. 208. 1891.) — Fièvre typhoïde, perforation, péritonite adhésive, par ELSNER. (*N. York med. journ.*, 9 avril.) — Deux cas d'angine de la fièvre typhoïde (infections secondaires à streptocoques et à staphylocoques blancs), par RÉNON. (*Gaz. des hôp.*, 2 août.) — Symptômes et traitement par l'antisepsie intestinale de la fièvre typhoïde, par CATON. (*Brit. med. j.*, 23 juillet.) — Le bain en hamac et son emploi spécialement dans le traitement de la fièvre typhoïde, par T. CANTALAMESSA. (*Riforma medica*, 5 février.) — Le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, par WILKINS. (*Med. News*, 28 mai.) — Le traitement de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris, ses résultats, par Juhel RENOY. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 17 juin.) — Térébenthine dans la fièvre typhoïde, par WOOD. (*Therap. Gaz.*, 15 juin.) — Les dangers des antipyrétiques dans la fièvre typhoïde, par MUSSER. (*Med. News*, 23 avril.) — Des cas de fièvre typhoïde soignés à la clinique de Greifswald pendant le dernier trimestre de 1891, par GOGREWE. (*Deutsche med. Woch.*, 5, p. 103.)

U

Ulcère. — Du mal perforant plantaire, par MÉNARD. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Ulcus rodens, par DANGERFIELD. (*Thèse de Paris*, 20 juil.) — Sur les poussées bulleuses dans les cicatrices d'ulcères variqueux, par HALLOPEAU. (*Soc. franç. de dermat.*, 22 avril.) — Traitement des ulcères du pied par les pansements à l'emplâtre de zinc et à l'organtine, par ROMICH. (*Wien. med. Presse*, n° 45, 1891.) — Notes sur le traitement des ulcères de jambes, par FINZI. (*Lancet*, 11 juin.) — Traitement des ulcères chroniques de jambes et de l'eczéma par le pansement d'Unna à l'oxyde de zinc et gélatine, par L. HEIDENHAIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 323, 4 avril.)

Urémie. — Urémie aiguë à forme convulsive, par RENDU. (*Bull. méd.*, 3 juillet.)

Urètre. — Leçons sur l'urétrite chronique, goutte militaire, par HORTELOUP. (In-8°, 138 p., *Paris*.) — De la pluralité des urétrites ; urétrites non blennorragiques, par MINGUET. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Nouveau traitement de l'urétrite aiguë, par VAUGHAN. (*N. York med. journ.*, 30 avril.) — Cystite avec hématurie à la suite d'une injection d'eau sédative, par MARTEL. (*Lyon méd.*, 24 juillet.) — De la sclérose intra-urétrale, par BERG. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XV, 1.) — Des irritations réflexes et des névroses dépendant du rétrécissement de l'urètre chez la femme, par F. OTIS. (*New York med. record*, p. 34, 9 janvier.) — Des lésions produites dans la région prostatique de l'urètre par le dilatateur de Dolbeau, par MATIGNON. (*La médecine moderne*, 4 février.) — Guérison du rétrécisse-

ment de l'urètre par le repos physiologique, par BURGHARD. (*Lancet*, 23 avril.) — Des spasmes réflexes de l'urètre et du traitement de certains d'entre eux par la divulsion, par LE DENTU. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, avril.) — De la cure radicale de certains rétrécissements de l'urètre par la résection suivie de suture, par GOURAUD. (*Thèse de Paris*, 25 juil.) — De la valeur de l'électrolyse dans la cure des rétrécissements de l'urètre, par BOUQUET. (*Thèse de Montpellier.*) — La cure radicale des rétrécissements de l'urètre, par CLARKE. (*Lancet*, 16 juillet.) — Résection de l'urètre dans les cas de rétrécissements traumatiques, par VIGNARD. (*Arch. prov. de chir.*, I, 1.) — Cathéter pour les rétrécis, par SCHILLING. (*Münch. med. Woch.*, 21, p. 368.) — 3 cas de rétrécissement de l'urètre traités avec succès par la méthode Lefort, par C. POSNER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 14, 4 janvier.) — Méat en huit de chiffre, par LOUMEAU. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 avril.) — Des ruptures traumatiques de l'urètre, par DOSSEFF. (*Thèse de Montpellier.*) — Sur la rupture de l'urètre par distension, par DELBET. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juillet.) — Sur les ruptures de l'urètre par distension, par BAZY. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, avril.) — Urétrotomie externe, par DELORME. (6e *Cong. franc. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 30 avril.) — De l'emploi de la sonde à demeure après l'urétrotomie interne, par HORTELOUP. (6e *Cong. franc. Chir.*, *Gaz des hôpit.*, 24 avril.) — De l'urétrectomie, par WARTEL. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Epispadias chez la femme, par AUFFRET. (6e *Cong. franc. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 19 avril.) — De la restauration de l'urètre chez la femme, par DELBECQUE. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.) — Opération chez une femme pour remédier à une incontinence d'urine urétrale, par POUSSON. (*Bull. soc. de Chir.*, XVIII, p. 297.) — Un cas d'urétrocèle vaginale compliqué de calcul, par PIASESKI. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 mai.) — Opération de l'hypospadias avec lambeau emprunté au scrotum, par BIDDER. (*Deutsche med. Woch.*, 10, p. 208.) — De la résection partielle de l'urètre périnéal suivie de restauration immédiate et totale, par GUYON. (*Gaz. hebd. Paris*, 14 mai.) — Réparation de l'urètre périnéal, par MAGNÈS. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Autoplastie pour hypospadias, par LAUENSTEIN. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — De la résection et de la suture de l'urètre, par JOUON. (*Bull. soc. de Chir.*, XVIII, p. 319.) — Opération d'hypospadias périnéo-scrotal en une seule séance, par POUSSON. (*Ibid.*, XVIII, p. 432.) — Sarcome de l'urètre chez la femme, par EHRENDORFER. (*Cent. f. Gynaek.*, 30 avril.)

Urinaires (Voies). — Maladies chirurgicales des organes urinaires, par FORBES. (*Med. News*, 21 mai.) — Quelques formes de fièvre urineuse, par HARRISON. (*Lancet*, 21 mai.) — Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires, par GUYON. (6e *Cong. franc. chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 26 avril.) — Sur les bacilles de l'infection urinaire, par ACHARD et RENAULT. (*Soc. de biol.*, 9 avril.) — Rétrécissement large avec abcès urineux, par CARLIER. (*Union médicale,* 29 mars.) — Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires, par PETIT. (*Union médicale*, 23 avril.) — La tuberculose urinaire primitive, par FENWICK (*Brit. med. j.*, 28 mai.)

Urine. — Teneur en phosphates de l'urine de cheval dans les conditions physiologiques et pathologiques, par Léo LIEBERMANN. (*Archiv für die gesammte Physiologie*, L, p. 57.) — La résistance électrique de l'urine comme moyen de diagnostic, par TURNER. (*Lancet,* 10 juillet.) — Etude sur le dosage clinique de l'acide urique par l'hyposulfite de cuivre, par DUCUNG. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er avril.) — A propos du procédé communément employé pour séparer les phosphates terreux dans l'urine, par MAIRET. (*Soc. de biol.*, 7 mai.) — Dosage volumétrique de l'acide urique

dans l'urine, par HOPKINS. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVIII.) — Nouvelle méthode de recherche microscopique des sédiments de l'urine, des produits de sécrétion et d'excrétion, par STENBECK. (*Zeit. f. klin. Med.*, XX, 4.) — Sur l'élimination de la créosote par les urines, par MAIN et GAILLARD. (*Bull. de thér.*, 30 mai.) — La recherche du sucre dans l'urine par les médecins praticiens, par G. AMBUEHL. (*Corresp.-Blätt. f. schweiz. Aerzte*, p. 197, 15 mars.) — Recherches sur l'élimination de la créosote par les urines, par SAILLET. (*Bull. de thérap.*, 30 avril.) — Sur la recherche de la créosote dans les urines, par IMBERT. (*Ibid.*, 30 juin.) — Nouvelle note sur l'élimination de la créosote par les urines, par IMBERT. (*Ibid.*, 15 juin.) — Sur l'existence d'un urate ammoniaco-magnésien et de l'inconvénient que présente sa formation dans le dosage de l'acide phosphorique urinaire, par GUERIN et THORION. (*Revue méd. de l'Est*, 15 juillet.) — Dissolution de l'acide urique par la pipérazine et quelques eaux minérales, par MORDHORST. (*Wien. med. Wochenschr.*, 8.) — L'excrétion d'acide urique à l'état de santé et de maladie, par HERTER et SMITH. (*N. York med. journ.*, 4 juin.) — Formule urinaire complète de l'attaque d'hystérie, par BOSC. (*Soc. de biol.*, 23 juillet.) — Sur un cas d'apepsie avec modifications intéressantes des urines, par HAYEM. (*France méd.*, n° 9, p. 129.) — Des rapports de l'urobilinurie avec l'état du tube digestif, par BARGELLINI. (*Sperimentale*, XLVI, 2.) — Etude de quelques phénomènes urologiques constatés dans une obs. d'obésité avec hernie de la ligne blanche guérie par un traitement hygiénique rationnel, par BUSQUET. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Réaction de la glycose dans les urines des diphtéritiques, par GROGNOT. (*Rev. mal. de l'enf.*, mars.)

Urticaire. — Un cas d'urticaire factice (autographisme), par ALT. (*Münch. med. Woch.*, 8, p. 123.) — Sur la production des cicatrices dans l'urticaire pigmentaire, par HALLOPEAU. (*Soc. franc. de dermat.*, 12 mai.) — Urticaire chronique, début probable d'un prurigo de Hebra, par HALLOPEAU et BARRIÉ. (*Ibid.*, 12 mai.)

Utérus. — Etude sur la morphogenèse du conduit de Muller et les orifices accessoires des trompes, par AMANN. (*Arch. f. Gynaek.*, XLII, 1.) — Sur les modifications de la muqueuse utérine à l'époque du rut, par RETTERER. (*Soc. de biol.*, 9 juillet.) — De la rétraction et de la viscosité de l'utérus, par STEPHENSON. (*Brit. med. j.*, 21 mai.) — Le microscope pour aider le diagnostic des maladies de l'utérus, par HARRIS. (*Med. News*, 30 avril.) — Relations entre l'utérus et certaines dermatites, par COIGNET. (*Lyon méd.*, 8 mai.) — Des différents types de métrites, leur traitement, par JOUIN. (In-8°, 350 p., *Paris.*) — Forme rare de malformation utérine, par LANDERER. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIV, 1.) — Endométrite, causes et traitement, par PRYOR. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Sur quelques points de la thérapeutique péri-utérine, par TRIPIER. (*Rev. int. d'électroth.*, avril.) — Dilatation utérine avec des laminaires, perforation incomplète de la lèvre postérieure du col, par BRUCHON. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 mai.) — De la dilatation de l'utérus et du traitement de quelques formes communes de maladies utérines, par ATTHILL. (*Brit. med. j.*, 9 juillet.) — Dilatation rapide de l'utérus par le diagnostic et le traitement des hémorragies, par ROUTH. (*Practitioner*, juillet.) — Endométrite septique et péritonite, traitement par la curette et les pansements antiseptiques, par PRYOR. (*Americ. j. of obst.*, mai.) — Endométrite chronique ; traitement par le crayon de sulfate de cuivre ; eschare comprenant la muqueuse et deux millimètres de muscle utérin, par MATIGNON. (*Journ. méd. Bordeaux*, 27 mars.) — Du traitement de l'endométrite par le crayon de sulfate de cuivre, par ARNAUD.

(*Bull. de thér.*, 15 mai.) — Sur le traitement balnéaire de l'endométrite chronique, par KLEIN. (*Wiener med. Presse,* 22 mai.) — Utérus bicorne avec double calcul, pyomètre et pyocolpos latéral à la suite d'atrésie vaginale droite, par von SICHERER. (*Arch. f. Gynaek.*, XLII, 2.) — Torsion du pédicule dans un cas de salpingite, par DELBET. (*Bull. soc. anat. Paris,* avril, p. 300.) — Endométrite et pyosalpingite, dilatation et curage, péritonite, laparotomie, mort, par PICHEVIN. (*Arch. de tocol.,* juin.) — Traitement de la salpingite par la dilatation et le drainage de l'utérus, par STRONG. (*Boston med. journ.*, 17 mars.)— Obs. d'un cas d'endométrite et considérations sur la méthode de traitement de Dumontpallier et Polaillon, par RIBAUX. (*Revue médic. Suisse romande*, XII, 94, février.) — Drainage utérin, par WYLIE. (*Americ. j. of obst.,* avril.) — Endométrite chronique, pyosalpingite, curetage, péritonite, laparotomie, mort, par LAMBOTTE. (*Jour. d'accouch.*, *Liège*, 14 mars et *Arch. de tocol.,* avril.) — Du curetage de la cavité utérine, par GOSSMANN. (*Münch. med. Woch.*, 22, p. 385.) — Curetage de l'utérus, par PICQUÉ. (*Rev. gén. de clin.*, 5, p. 65.) — De l'hématosalpingite, par BEAUMÉ. (*Thèse de Paris*, 24 juin.) — Gonocoques et streptocoques dans le pus de la pyosalpingite, par WITTE. (*Cent. f. Gynaek.,* 11 juin.) — Sur les collections intra-pariétales des trompes, par D'HOTMAN DE VILLERS. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Considérations et remarques pour servir à l'histoire du pyosalpinx, par CHARRIER. (*Gaz. méd. Paris,* 30 avril.) — Pneumocoque dans le pus d'un pyosalpinx, par FROMMEL. (*Cent. f. Gynaek.*, 19 mars.) — Du cathétérisme de la trompe de Fallope, par BOURSIER. (*Arch. clin. Bordeaux*, 1er mai.) — Pyosalpinx double, laparotomie, guérison; occlusion intestinale consécutive, laparotomie, guérison, par POTHERAT. (6e *Cong. franc. Chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 3 mai.) — Traitement de l'hématocèle pelvienne, par MANGIN. (*Marseille médical*, 4, p. 140.) — Traitement conservateur de la salpingite, par MUNDÉ. (*Americ. journ. of obst.*, juillet.) — Des indications de l'hystérectomie vaginale en dehors du cancer de l'utérus, par J. BOECKEL. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er avril.) — Contribution à l'étude des suites immédiates et éloignées de l'ablation des annexes utérines, par LAUWERS. (*Bull. acad. de méd. Belgique*, VI, 1, p. 97.) — Trois cas de suppuration pelvienne, laparotomie, par BURRAGE. (*Boston med. journ.*, p. 163, février.) — De l'hystérectomie vaginale par section médiane de l'utérus dans les suppurations pelviennes, par QUÉNU. (*Bull. soc. de Chir.*, XVIII, p. 331 et *Ann. de gynéc.*, mai.) — Du traitement des suppurations pelviennes, par ROUTIER. (*Ibid.*) — De l'élytrotomie intra-ligamentaire et de ses indications, par BOISLEUX. (*Cent. f. Gynaek.*, 23 juillet.) — Opération vésicale de la fistule vésicoutérine, par KLEINWACHTER. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIII, 3.) — Elongation hypertrophique du col utérin sus-vaginale, par BECK. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Réflexions rétrospectives sur la discision de l'orifice utérin, par KLEINWACHTER. (*Wiener med. Presse*, 5 juin.) — Importance du traitement chirurgical pour la déchirure du col utérin, par CLARKE. (*Med. News*, 16 juillet.) — Du débridement de la vulve comme opération préliminaire dans les interventions sur l'utérus, le vagin et la vessie, par MALLET. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Tolérance de l'utérus pour les corps étrangers aseptiques, danger des tentes-éponges dilatatrices préparées dans le commerce, par PICHEVIN. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 avril.) — Etude critique et bibliographique sur l'hystérectomie totale pendant les années 1890, 1891, 1892, par MARTY. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale, par MARTIN. (*Americ. j. of obst.*, juin.) — Recherches expérimentales sur l'hystérectomie abdominale totale, par GUERMONPREZ et DUVAL. (*Journ. sc. méd. Lille*, 24 juin.) — Etude sur l'opération de Schrader, par PESCHER. (*Thèse de Paris*, 30 juin.) — Con-

tribution à l'étude des déplacements en arrière et en avant de l'utérus dans les premiers mois de la grossesse, des déviations en arrière et en haut de l'orifice cervical au moment de l'accouchement et de quelques-unes des anomalies congénitales ou acquises du conduit vulvo-utérin, par HAMON DE FRESNAY. (*Annales soc. de méd.*, *Anvers*, p. 37, mars.) — Hypertrophies du col de l'utérus et amputations anaplastiques. (*Rev. gén. de clin.*, 15, p. 225.) — Sur un signe de la rétroflexion et de la rétroversion de l'utérus, par LE DENTU. (*Gaz. méd. Paris*, 21 mai.) — Sur la flexion et la version de l'utérus, par OLIVER. (*Lancet*, 16 juillet.) — Etude anatomique et clinique sur la rétroversion de l'utérus puerpéral, par RIES. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIV, 1.) — Rétroflexion partielle de l'utérus gravide, par LOEHLEIN. (*Deutsche med. Woch.*, 10, p. 220.) — De l'inversion récente puerpérale, par SICARD. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Des rapports entre les déplacements en arrière de l'utérus et les hémorragies prolongées après la délivrance et l'avortement, par HERMAN. (*Trans. obst. soc. London*, XXXIV, p. 13.) — Sur un cas d'hystéropexie abdominale pour rétroversion utérine, par BATUAUD. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 avril.) — Procédés opératoires contre les déplacements utérins, par HERRICK. (*Americ. j. of obst.*, avril.) — Hystérectomie vaginale pour métrite fongueuse. Hystérectomie vaginale nécessitée par une perforation utérine, par CHÉRON. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 mars.) — Deux cas de rupture de l'utérus traités par l'expectation ; une mort, une guérison, par REYNOLDS. (*Boston med. journal*, p. 80, janvier.) — Un cas de rupture de l'utérus au cours d'un curetage, laparotomie, guérison, par HAVEN. (*Ibid.*, p. 83, janvier.) — Des kystes dermoïdes de l'utérus, par GOTTSCHALK. (*Cent. f. Gynaek.*, 23 avril.) — Diagnostic différentiel et traitement des dégénérescences kystiques du chorion, par WEBER. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Tumeur solide du ligament large par GROSS. (6e *Cong. franc. chir.*, *Gaz. des hôpit.*, 19 avril.) — Etat de l'ovaire dans les cas de fibromes utérins, par BULIUS. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIII, 2.) — Genèse des tumeurs fibro-cystiques, par UTER. (*Cent. f. Gynaek.*, 16 juillet.) — Electricité et fibromes utérins, par PICHEVIN. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 avril.) — 20 cas de fibromes et d'affections utérines traités par la méthode d'Apostoli, par PARSONS. (*Trans. obst. soc. London*, XXXIV, p. 22.) — Traitement galvanique des fibromes utérins, par P. BROESE. (*Berlin.*) — Disparition d'un fibrome après le traitement d'Apostoli, par KEITH. (*Brit. med. j.*, 9 juillet.) — Laparotomies pour myomes utérins, par ALBERT. (*Wien. med. Presse*, n° 41, 1891.) — Discussion sur le procédé de Chrobak pour les opérations abdominales des myomes utérins, par JOHANNOVSKY. (*Arch. f. Gynaek.*, XLII, 2.) — Fibrome utérin, hystérectomie abdominale, traitement intra-péritonéal du pédicule sans ligature élastique, par PÉPIN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 juin.) — Myomotomie ; mort le 9e jour par embolie pulmonaire, par WYDER. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 115, 15 février.) — Hystérectomie totale pour prolapsus compliqué de fibro-kystes ; guérison, par WYDER. (*Ibid.*, p. 116, 15 février.) — Hystérectomies abdominales pour fibromes utérins, par DURET. (*Journ. sc. méd. Lille*, 11 mars.) — De l'ablation totale de l'utérus pour les grandes tumeurs fibreuses et fibro-cystiques de cet organe, par PÉAN. (*Ann. de gynéc.*, juin, et *Bull. acad. méd.*, 7 juin.) — Une nouvelle modification dans le traitement du pédicule après l'ablation de l'utérus myomateux, par ALBERT. (*Wiener med. Presse*, 17 juillet.) — De l'hystérectomie abdominale totale pour fibro-myomes utérins, par DUVAL. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Dégénérescence cancéreuse primitive d'un fibrome utérin, par EHRENDORFER. (*Cent. f. Gynaek.*, 9 juillet.) — Discussion de la société des médecins de Zurich sur les incertitudes

du diagnostic microscopique du cancer utérin. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 133, 15 février.) — Sarcome développé dans le tissu cellulaire rétro-utérin avec envahissement de la paroi utérine, par DELAUNAY. (*Bull. soc. anat. Paris*, 1er juillet.) — Deux cas d'hystérectomie vaginale pour sarcome de l'utérus, par BREWIS. (*Edinb. med. j.*, juin.) — De l'épithélium superficiel dans les formes de cancer du corps de l'utérus, du cancer corné de la cavité, par GEBHARD. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIV, 1.) — De la section du col et du vagin de Duhrssen, par KRUKENBERG. (*Arch. f. Gynaek.*, XLII, 2.) — Extirpation vaginale de l'utérus, comparaison entre les opérations hautes et basses dans le cas de cancer du col, par GRAY. (*Glasgow med. journ.*, juin.) — Hystérectomie vaginale pour cancer, par CUSHING. (*Americ. j. of obst.*, avril.) — De l'hystérectomie totale par la voie sacrée avec un cas guéri, par DICK. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 janvier.)

V

Vaccin. — Transformation de la variole en vaccin, par WHITESIDE-HIME. (*Brit. med. j.*, 16 juillet.) — Nature chimique et physique du vaccin, par M. SCHULZ et Th. WEYL. (*Zeitschrift f. Hyg.*, X, et *Hyg. Rundsch.*, II, 14.) — Envoi du vaccin par pigeons voyageurs, par STRŒBEL. (*Bulletin méd.*, 27 juillet.) — Résultats de la vaccination dans le royaume de Bavière, en 1890, par STUMPF. (*Münch. med. Woch.*, 7, 8 et 9.) — Atténuation des virus dans le sang des animaux vaccinés, par CHARRIN et ROGER. (*Soc. de biol.*, 2 juillet.) — Mécanisme de l'immunité, par RACHFORD. (*Med. News*, 23 avril.) — Sur la question de l'immunité, par KLEIN et COXWELL. (*Cent. f. Bakter.*, XI, 15.) — Immunité et guérison, par SCHUSTER. (*Deutsche med. Woch.*, 11, p. 232.)

Vagin. — Evolution de l'épithélium du vagin, par RETTERER. (*Soc. de biol.*, 25 juin.) — Les kystes wolfiens du vagin, étude pathologique et clinique, par CHALOT. (*Ann. de gynéc.*, juillet.) — De l'atrésie du vagin et de son traitement par greffe animale ou transplantation, par DE SWIECICKI. (*Arch. de tocol.*, juillet.) — Un cas de rupture traumatique du vagin, par OSTERMAYER. (*Cent. f. Gynaek.*, 6 août.) — Des plaies du vagin pendant l'état puerpéral, par SCHUELEIN. (*Zeit. f. Geburts.*, XXIII, 2.) — Du débridement vulvo-vaginal comme opération préliminaire, par CHAPUT. (6e *Cong. franç. chir.* et *Gaz. des hôpit.*, 30 avril.)

Varice. — Pathogénie des varices, par AMAT. (*Gaz. méd. Paris*, 11 juin.) — Le traitement des ulcères variqueux des jambes, par BREMNER. (*New York med. record*, p. 400, 9 avril.) — Traitement des ulcères variqueux, par REBOUL. (*Marseille médical*, 8, p. 257.) — Traitement chirurgical du varicocèle, par PICQUÉ. (*Rev. gén. de Clin.*, 16, p. 250.)

Variole. — Théorie de la variole, par BIRDWOOD. (*Guy's hosp. Rep.*, XLVIII.) — Une épidémie de variole à l'asile public d'aliénés de Maréville, par DENGLER. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juillet.) — Epidémies simultanées de variole et de varicelle à Bienne. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 156, 1er mars.) — Des troubles paralytiques et ataxiques de la parole consécutifs à la variole, leur fréquence, leur pathogénie, par COMBEMALE.

(*Arch. gén. de méd.*, juin.) — Avortement dans la convalescence de la variole, par ARNAUD. (*Gaz. des hôp.*, 28 juillet.) — Traitement abortif des pustules varioliques, par COSTE. (*Bull. de thérap.*, 30 avril.) — Traitement de la variole par l'obscurité solaire, par GALLAVARDIN. (*Lyon méd.*, 12 juin.)

Veine. — Pulsations dans les veines, méthode graphique d'enregistrement, par MACKENZIE. (*Journ. of path. and bact.*, 1.) — Note sur les souffles veineux continus de la région sus-ombilicale, par AUDRY. (*Lyon méd.*, 10 juillet.) — Introduction de l'air dans les veines, mécanisme de la mort et traitement, par JULLIEN. (*Thèse de Paris*, 23 juin.) — Phlébite non oblitérante chez un tuberculeux cachectique, évolution générale des phlébites, par VAQUEZ. (*Bull. Soc. anat. Paris*, juin, p. 437.) — Obstruction de la veine cave supérieure, par PFINGST. (*N. York med. journ.*, 11 juin.) — Dilatation ampullaire de la veine fémorale, difficultés du diagnostic et dangers qui peuvent en résulter, par THIERCY. (*Bull. Soc. anat. Paris*, 1er juillet.) — De la nature infectieuse de la phlébite, par MÉRIGOT DE TREIGNY. (*Rev. gén. de Clin.*, 8, p. 113.) — Myxosarcome, ligature de la veine fémorale, guérison, par CHAPUIS. (*Lyon méd.*, 31 juillet.) — De la suture des plaies veineuses, un cas de suture de la veine cave inférieure, par SCHEDE. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.)

Vertige. — La signification clinique et pathologique du vertige, par ELSNER. (*Med. News*, 30 avril.)

Vessie. — Sur l'innervation vésicale, par GUÉPIN. (*Journ. de l'anat.*, mai.) — De l'endocospie à lumière externe et de l'endoscopie à lumière interne, par BOISSEAU DU ROCHER. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — De l'infection de la muqueuse vésicale par sa face profonde, par GUYON et REYMOND. (*Soc. de biol.*, 2 juillet.) — Des cystites calculaires, par DORIE. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Traitement du catarrhe chronique de la vessie, par Hermann WITTZACK. (*Berlin.*) — Le salol dans le traitement de la cystite chronique, par SYMPSON. (*Practitioner*, juin.) — Du traitement par le salol du catarrhe aigu et chronique de la vessie, par ARNOLD. (*Therap. Monats.*, mai.) — Cystite chronique et sublimé, par LOUMEAU. (*Journ. méd. Bordeaux*, 27 mars.) — Gangrène et expulsion totale de la muqueuse et d'une partie de la couche musculaire de la vessie à la suite d'une injection de solution saline, par BÉGOUIN. (*Ibid.*, 27 mars.) — Taille hypogastrique pour cystite. Lithotritie, par POUSSON. (6e *Cong. franç. chir.* et *Gaz. des hôpit.*, 30 avril.) — De la tuberculose vésicale, par DUPLAY. (*Semaine méd.*, 18 mai.) — De la tuberculose vésicale, par BANGO. (*Journ. of cut. dis.*, mai.) — Fissure de la vessie, par BRAUN. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, 3.) — Traitement des fissures congénitales de la vessie et de l'urètre, par TRENDELENBURG. (*Ibid.*, XLIII, 3.) — Aspiration pour la rétention d'urine, par FULLER. (*Journ. of cutan. dis.*, mai.) — Ponction de la vessie pour un rétrécissement infranchissable, par SMITS. (*Cent. f. Chir.*, 7 mai.) — Calcul enkysté avec tumeurs de la vessie, par MARTIN. (*Journ. of cutan. dis.*, juin.) — Sur les calculs enchatonnés de la vessie chez l'homme, par DUFOUR. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Traitement interne des calculeux, par POSNER. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 344, 4 avril.) — Lithotritie chez un hernieux, par POUSSON. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 juin.) — Sur l'opportunité de la lithotritie pour certains calculs volumineux, par DUCHASTELET. (6e *Cong. franç. chir.* et *Gaz. des hôpit.*, 3 mai.) — De la lithotritie appliquée au traitement des gros calculs, par DESNOS. (*Bull. de thérap.*, 30 juillet.) — Sur l'évacuation des débris après la lithotritie,

par Harrison. (*Lancet*, 2 juillet.) — Deux calculs vésicaux volumineux, enlevés par la taille sus-pubienne, par J. Bœckel. (6e *Cong. franç. Chir.* et *Gaz. des hôpit.*, 23 avril.) — De la suture primitive de la vessie après la taille hypogastrique, par Legueu. (*Gaz. des hôp.*, 14 juillet.) — La taille hypogastrique depuis Franco, par Horteloup. (*Progrès médical*, 18 juin.) — Taille sus-pubienne, par Bois. (6e *Cong. franç. Chir.* et *Gaz. des hôpit.*, 23 avril.) — Taille hypogastrique transversale (Utilité de sectionner les muscles droits après l'ouverture de la vessie), par E. Wickham. (*La médecine moderne*, 12 mai.) — Des perforations non traumatiques de la vessie, par Wagner. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIV, 2.) — De la cystocèle inguinale rencontrée au cours de la kélotomie, par Bourbon. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — De la cure opératoire de l'exstrophie vésicale et de l'épispadias, par Trendelenburg. (*Arch. de méd.*, août.) — Tumeur de la vessie, mort par hémorragie, par Guyon. (*France méd.*, 20, p. 305.) — Myo-épithéliome de la vessie, par Pilliet. (*Bull. Soc. anat. Paris*, 1er juillet.) — Sonde se fixant d'elle-même à demeure dans la vessie, par Malécot. (*Gaz. des Hôp.* 12 *mai*.)

Vieillard. — Opérations chez les vieillards, par Blum. (*Arch. de méd.*, juillet.)

Vomissement. — Vomissements incoercibles de la grossesse, par Murphey. (*N. York med. journ.*, 4 juin.) — Du vomissement paroxystique, par Vagedes. (*Inaug. Diss. Berlin*, 1891.) — Du bromure de strontium contre les vomissements, par Coronedi. (*Sperimentale*, XLVI, 3, et *Practitioner*, juillet.)

X

Xéroderme. — 2 cas de xeroderma pigmentosum, par Murphy. (*Med. News*, 16 avril.) — Figures coccidiennes dans l'épithélium du xeroderma pigmentosum, par Sabrazés. (*Soc. franç. de dermat.*, 23 avril.)

Z

Zona. — Hallucinations unilatérales, homonymes dans le zona de la face, par Féré. (*Soc. de biol.*, 30 avril.) — Le zona, par Berbez. (*Gaz. des hôp.*, 16 avril.)

—

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

DES TOMES XXXIX ET XL.

(ANNÉE 1892.)

A

B

C

D

E

F

G

I

J

M

N

O

P

S

T

U

V

W

Y

Z

TABLE DES MATIÈRES.

A

B

C

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

S

T

U

V

X

Z



Paris. Imp. PAUL DUPONT, (Cl.) 176.12.92.

LISTE DES OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DE LA REVUE

Du 15 Avril au 15 Juillet 1892.

Librairie **G. Masson**, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Leçons sur les maladies de la moelle, par le D[r] Pierre Marie, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. — Un volume in-8 de 504 pages, avec 244 figures schématiques d'après nature. — Prix : 15 francs.

Traité de chirurgie publié sous la direction de MM. Simon Duplay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et Paul Reclus, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, membre de la Société de chirurgie. — Tome VII, par MM. Potherat, Quénu, Walther, Tuffier, Forgue. — Un volume grand in-8 de 1084 pages, avec figures. — Prix : 20 francs.

Traité de médecine publié sous la direction de MM. Charcot et Bouchard, membres de l'Institut ; Brissaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Tome III. — Un volume grand in-8 de 987 pages, avec figures. — Prix : 20 francs. — Ce volume contient : *Maladies de la bouche et du pharynx* (A. Ruault); *Maladies de l'estomac* et *Maladies du pancréas* (Alb. Mathieu) ; *Maladies de l'intestin* et *Maladies du péritoine* (Courtois-Suffit) ; *Maladies du foie et des voies biliaires* (A. Chauffard).

Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale, par le D[r] Émile Berger. (Leçons recueillies par le D[r] R. de Saint-Cyr de Montlaur). — Un volume grand in-8 de xvi-457 pages, avec 43 figures. — Prix : 10 francs.

Le délire chronique à évolution systématique, par le D[r] Magnan, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, et le D[r] P. Sérieux, médecin-adjoint des asiles de la Seine. — Petit in-8° (*Encyclopédie scientifique des aide-mémoire*). — Prix : 2 fr. 50.

Maladies des organes respiratoires, méthodes d'exploration; signes physiques, par le D[r] Faisans, médecin de l'hôpital Tenon. — Petit in-8° (*Encyclopédie scientifique des aide-mémoire*). — Prix : 2 fr. 50.

Gynécologie, séméiologie génitale, par A. Auvard, accoucheur des hôpitaux. — Petit in-8° (*Encyclopédie scientifique des aide-mémoire*). — Prix : 2 fr. 50.

Technique d'électrophysiologie, par le D[r] G. Weiss, ingénieur des ponts et chaussées, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, avec un avant-propos de M. le professeur Gariel. — Petit in-8° (*Encyclopédie scientifique des aide-mémoire*). — Prix : 2 fr. 50.

Hygiène de l'œil, par le D[r] Trousseau, médecin de la clinique nationale des Quinze-Vingts. — Petit in-8° (*Encyclopédie scientifique des aide-mémoire*). — Prix : 2 fr. 50.

Examen des aliments suspects, par H. Polin et H. Labit, médecins-majors de l'armée, lauréats de l'Académie de médecine. — Petit in-8° (*Encyclopédie scientifique des aide-mémoire*). — Prix : 2 fr. 50.

Épilepsie, par Ch. Féré, médecin de Bicêtre. — Petit in-8° (*Encyclopédie scientifique des aide-mémoire*). — Prix : 2 fr. 50.

Du paludisme, par Laveran, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce. — Petit in-8° (*Encyclopédie scientifique des aide-mémoire*). — Prix : 2 fr. 50.

Maladies des voies urinaires. Moyens d'exploration et de traitement, par M. le Dr Bazy, chirurgien des hôpitaux. — Petit in-8° (*Encyclopédie scientifique des aide-mémoire*). — Prix : 2 fr. 50.

Technique bactériologique, par M. Würtz, chef du laboratoire de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine de Paris. — Petit in-8° (*Encyclopédie scientifique des aide-mémoire*). — Prix : 2 fr. 50.

Librairie **O. Doin**, 8, place de l'Odéon, Paris.

Traité d'anatomie humaine, par L. Testut, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon. — Tome IIIe, 1er fascicule (*Organes des sens*). — In-8 raisin de 408 pages, avec 292 figures tirées en plusieurs couleurs. — Prix du t. III complet, se payant d'avance : 20 francs. — La fin du t. III, qui terminera l'ouvrage, sera remise aux souscripteurs en février ou mars 1893. — La nouvelle édition du tome I, de Testut, paraîtra le 10 juillet prochain.

Vie professionnelle et devoirs du médecin, par le Dr Juhel-Rénoy, médecin des hôpitaux de Paris. — Un volume in-18 jésus, cartonné diamant, de 300 pages. — Prix : 5 francs.

Mémento de thérapeutique obstétricale et gynécologique, d'après l'enseignement du Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris, par ses chefs de clinique, les Drs Touvenaint et Caubet. — Un volume in-18 jésus de 250 pages, cartonné toile. — Prix : 3 fr. 50.

Le massage en gynécologie, par le Dr H. Pronownich (de Hambourg), traduit par les Drs Nitot et Keller. (Un volume in-18 jésus de 250 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Les anomalies musculaires considérées au point de vue de la ligature des artères, par L. Testut, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon. — Un volume in-4° avec 12 planches hors texte chromolithographiées. — Prix : 8 francs.

Manuel pratique de médecine mentale, par E. Régis, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. — Un volume in-18 cartonné diamant de 750 pages avec fig. — 2e édition. — Prix : 8 francs.

Formulaire des nouveaux remèdes, par G. Bardet. — 6e édition (année 1892). — Un volume in-18 cartonné d'environ 400 pages. — Prix : 4 francs.

Audition colorée, par le Dr Jules Millet. — Brochure in-8° de 81 pages. — Prix : 2 francs.

Traité pratique de chirurgie orthopédique, par le Dr P. Redard. — Un volume in-8° de 1050 pages avec 771 figures dans le texte. — Prix : 20 francs.

Rapports entre les maladies des yeux et celles du nez et des cavités voisines, par le Dr E. Berger. — Communication faite à la Société de médecine pratique de Paris. — Une brochure de 50 pages avec 6 figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 50.

Du traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse, par F. Heins, docteur-médecin. — Une brochure in-8° de 145 pages avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs.

Traitement de l'hypertrophie des amygdales, par le Dr E.-J. Moure, chargé du cours de laryngologie, d'otologie et de rhinologie à la Faculté de médecine de Bordeaux. — Une brochure in-8° de 25 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Découverte des lois de la progression morbide. Intelligence et indépendance des nerfs. — Curieuses applications. — Les causes de la décadence

physique et morale. — Moyens d'y remédier, par E. GLAIZE. — Un volume in-18 de 130 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par le Dr E. MAUREL. — *Applications à la toxicologie et à la thérapeutique.* — 5e fascicule : *Action de la strychnine, du curare et du cyanure de potassium sur nos leucocytes.* — In-8° de 84 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Les notations optiques du microscope, par le Dr PAUL RAUGÉ. — Une brochure in-8° de 16 pages. — Prix : 75 centimes.

Librairie **Rueff et Cie**, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Bibliothèque médicale publiée sous la direction de MM. J.-M. CHARCOT, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et G.-M. DEBOVE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Andral. — Volumes in-16, reliure d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50.

Appendicite et pérityphlite, par CH. TALAMON, médecin de l'hôpital Tenon. — Un volume in-16, reliure d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50.

Traitement des pleurésies purulentes, par G.-M. DEBOVE et COURTOIS-SUFFIT. — Un volume in-16, reliure d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50.

Le rachitisme, par J. COMBY, médecin des hôpitaux de Paris, médecin des dispensaires pour enfants malades de la Société philanthropique. — Un volume in-16, avec 31 figures intercalées dans le texte, reliure d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50.

Cure radicale des hernies, avec une étude statistique de 273 opérations et 50 figures intercalées dans le texte, par le Dr JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, membre de la Société de chirurgie, président de la Société d'obstétrique et de gynécologie. — Un volume in-8 de 737 pages. — Prix : 12 francs.

Librairie **J.-B. Baillière fils**, rue Hautefeuille, 19.

La Cellule animale, par J. CHATIN, membre de l'Académie de médecine, professeur adjoint à la Faculté des sciences de Paris. — Un volume in-16 de 320 pages, avec 150 figures. — Prix : 3 fr. 50.

Société d'Editions scientifiques (Société en commandite), place de l'Ecole-de-Médecine, 26, et rue Antoine-Dubois, 4, Paris.

Hygiène de l'oreille. Soins préventifs contre les affections auriculaires, avec figures dans le texte, par le Dr MOUNIER.

Librairie **Lecrosnier et Babé**, place de l'École-de-Médecine, 23.

Quinze leçons d'anatomie pratique, par PAUL POIRIER, professeur agrégé, chef des travaux anatomiques, chirurgien des hôpitaux, recueillies par MM. FRITEAU et JUVARA, externes des hôpitaux. — Prix : 3 francs.

Leçons de clinique médicale, par le Dr E. LANCEREAUX, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Pitié, membre de l'Académie de médecine.

L'*Evolution du sexe*, par MM. P. GEDDES et J.-A. THOMSON. Cet ouvrage constitue le 3e volume de la *Bibliothèque évolutionniste.*

L'albuminurie, par le professeur STEWART, d'Edimbourg, traduction par le Dr BEUGNIES-CORBEAU.

Librairie **Georges Steinheil**, rue Casimir-Delavigne, 2.

Pathogénie et diagnostic des ophtalmoplégies, par le Dr SAUVINEAU.

Librairie **Georges Carré**, éditeur, rue Saint-André-des-Arts, 58, Paris.

Manuel d'ophtalmologie, par le Dr E. FUCHS, professeur ordinaire d'ophtalmologie à l'Université de Vienne; traduit sur la deuxième édition allemande par le Dr C. LACOMPTE, oculiste à Gand, et le Dr L. LEPLAT, ancien assistant du professeur Fuchs à l'Université de Liège. — Un fort volume in-8 raisin, de XVI-816 pages, avec 178 figures. — Prix : 24 francs.

Librairie **Alex. Coccoz**, 11, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris.

Les déséquilibrés du ventre. Entéroptosiques et dilatés (2e étude), par le Dr E. TRASTOUR, de Nantes. — In-8° 1892. — Prix : 1 fr. 50.

Librairie **Constable**, Edimbourg.

Atlas of clinical medicine, par BYROM BRAMWELL. — Volume I, part. IV.

Librairie **Wood and Cy**, New York.

A treatise on Bright's disease of the kidneys, its pathology, diagnosis and treatment, par HENRY B. MILLARD. — 6e édition revised and enlarged.

Librairie **Nava**, Sienne.

Sul complemento arteficiale della evoluzione pelvica nelle presentazioni della spalla, *osservazioni cliniche ed esperienze*, del professeur FALOSCHI.

Librairie **Nistri**, Pise.

Notizie e descrizione di calcoli orinari e di alcuni corpi estranei estratti, dal prof. PASQUALE LANDI ed *Analisi chimica*, del prof. TASSINARI e Dott. ANTONY.

Librairie **Masso y Cazas**, Barcelone.

Habitaciones para obreros, su estado actual; necesitad de reformarlas; medios conducentes á este objeto, *memoria*, por el Dr ENRIQUE ROBLEDO NEGRINI.

Librairie **Boncompagni**, Perugia.

Intorno ad una anomalia di sviluppo dell' uovo umano, *nota* del prof. G. VALENTI.

Librairie **Brieger**, Berlin.

Die Erfolge der Suggestions Therapie bei Influenze, von Dr GROSSMANN.

Die Erfolge der Suggestions Therapie bei nicht hysterischen Lähmungen und Paralysen, von Dr GROSSMANN.

LE GÉRANT : G. MASSON.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 3.7.92.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie **G. Masson**, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale, par le Dr Emile Berger. — Leçons recueillies par le Dr R. de Saint-Cyr de Montlaur, revues par le professeur. — Un volume grand in-8°, avec 43 gravures. — Prix : 10 francs.

De l'influence des accès isolés d'épilepsie sur la température, par MM. Mairet, professeur à la Faculté de médecine, et Bosc, chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier. — Brochure in-8 avec tableaux. — Prix : 1 fr. 50.

Recherches sur la toxicité de l'urine normale et pathologique, par MM. Mairet et Bosc. — Brochure in-4° avec 2 planches. — Prix : 3 francs.

Librairie **Asselin et Houzeau,** place de l'Ecole-de-Médecine.

Manuel de thérapeutique thermale clinique (*les eaux de table*), par MM. Constantin Paul, médecin de la Charité, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, et Paul Rodet, médecin consultant à Vittel, rédacteur en chef des *Archives d'hydrologie*. — Un joli volume in-18 de 305 pages, cart., tr. rouges. — Prix : 5 francs.

Librairie **J.-B. Baillière fils**, rue Hautefeuille, 19.

Les vices de conformation des organes génitaux et urinaires de la femme, par Ch. Debierre, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille. — Un volume in-16 de 351 pages avec 86 figures. (*Bibliothèque médicale variée*). — Prix : 3 fr. 50.

La cellule animale, sa structure et sa vie, étude biologique et pratique, par Joannès Chatin, membre de l'Académie de médecine. — In-16. — Prix : 3 fr. 50.

Société d'Editions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine, 26, et rue Antoine-Dubois, 4, Paris.

L'hygiene et l'assistance publique (une mission en Espagne) avec une préface de M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris. — Un volume in-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Guide pratique pour le traitement des maladies de l'oreille, par le Dr J. Baratoux. — 340 pages. — Prix : 6 francs.

Les sels de strontium, étude physiologique et thérapeutique, par le Dr Armand Malbec, préparateur des travaux pratiques à la Faculté de médecine de Paris. — Brochure in-8 raisin de 100 pages. — Prix : 3 francs.

Le bacterium coli commune, son rôle dans la pathologie, par le Dr Maxime Macaigne, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique. — In-8 de 200 pages environ. — Prix : 4 francs.

Librairie du **Progrès médical**, 14, rue des Carmes.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie (compte rendu du service des enfants idiots épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1891), par Bourneville, avec la collaboration de MM. Banzet, Finet, Ich-Wall, Raoult, R. Sorel et P. Sollier. — Volume in-8 de CVIII-142 pages avec 14 figures et 2 planches. — Prix : 5 francs.

De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots, par E. Tacquet. — Brochure in-8° de 72 pages avec 4 figures. — Prix : 3 fr. 50.

Librairie **Stapelmohr**, Genève.

Étude sur la contagion de la folie, par le Dr Ernest Pronier, mémoire couronné par la Faculté de médecine de Genève. — Prix : 2 francs.

Librairie **Fannin et Cie**, Dublin.

Test-book of the eruptive and côntinued fevers, par John-William Moore.

Librairie **Meyers**, Harrisburg.

Annual report of the state board of health and vital statistics of the common wealth of Pennsylvania, années 1888-1889-1890.

Librairie **Rechiedei**, Milan.

Della cura radicale dell' ernia inguinale e di un nuovo metodo per ottenerla, pel Dott. F. Parona.

Librairie **Rivara**, Milan.

Sopra un caso di granuloma fongoide, osservazioni del Dott. Amedeo Marianelli.

Librairie de l'**Union**, Naples.

Contributo allo studio dei microganismi del ostriche, ricerche sperimentali del Dott. Felice d'Alessandro.

Librairie de la **Riforma medica**, Naples.

Sulla eliminazione dei batterii dell' organismo, ricerche sperimentali dei Dott. Pernice e Scagliosi.

Librairie **Tumminelli Failla**, à Palerme.

Sulla cura della pustola maligna, par G. Cucco.

Librairie **Pieraccini**, Pise.

Achorion Schönleinii, morfologia, biologia e clinica, ricerche del Dott. Amedeo Marianelli.

Librairie **Vannucchi**, Pise.

Di alcuni tumori delle mammelle, ricordi clinici e statistici del prof. Pasquale Landi.

Di alcuni malattie dell' apparecchio orinario maschile e femminile, ricordi clinici del prof. Landi.

Librairie **Democratica**, Forli.

Di alcuni tumori del testicolo e dell' epididimo, par le prof. Pasquale Landi.

Della epididimite ed orchite chronica, semplice, tuberculosa e sifilitica, par le professeur Landi.

Dell' idrocele cronico e di alcune sule varietà, par le prof. Landi.

Un triennio nella clinica chirurgica di Pisa, par le Dr Enrico Burci.

Le gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 4.10.92


Library
ASSOCIATION

